

Министерство образования Республики Беларусь  
Учреждение образования «Витебский государственный  
университет имени П.М. Машерова»  
Кафедра прикладной психологии

# **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

*Учебно-методический комплекс*

*Витебск*  
*УО «ВГУ им. П.М. Машерова»*  
*2010*

УДК 159.98(075.8)  
ББК 88.492я73  
И60

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 5 от 23.06.2010 г.

Составитель: старший преподаватель кафедры прикладной психологии УО «ВГУ им. П.М. Машерова» **О.П. Кошкина**

Рецензенты:

заведующий кафедрой прикладной психологии УО «ВГУ им. П.М. Машерова»,  
кандидат психологических наук, доцент *О.Е. Антипенко*;  
доцент кафедры психологии УО «ВГУ им. П.М. Машерова»,  
кандидат психологических наук *Т.Е. Косаревская*

**И60** **Индивидуальная психотерапия** : учебно-методический комплекс / сост. : О.П. Кошкина. – Витебск : УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2010. – 128 с.  
ISBN 978-985-517-254-4.

В учебном издании кратко освещены основные теоретические положения и практические приемы основных направлений индивидуальной психотерапии. Отработка представленных в учебно-методическом комплексе технологий придаст студентам больше уверенности в будущей профессии и поможет сделать работу психолога и немедицинского психотерапевта эффективной и интересной.

Издание предназначено для студентов, обучающихся по направлению и специальностям психологии, начинающих преподавателей. Может быть использовано практическими психологами и врачами при оказании ими профессиональной психотерапевтической помощи населению.

УДК 159.98(075.8)  
ББК 88.492я73

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	4
<b>РАЗДЕЛ I. КУРС ЛЕКЦИЙ</b> .....	5
Лекция 1. Индивидуальная форма организации психотерапевтического процесса .....	5
Лекция 2. Психологические аспекты формирования невроза .....	8
Лекция 3. Психотерапевтические отношения .....	12
Лекция 4. Классический психоанализ З. Фрейд ...	18
Лекция 5. Психотерапия в индивидуальной психологии А. Адлера .....	23
Лекция 6. Характерологический анализ К. Хорни..	28
Лекция 7. Личностно-ориентированная психотерапия .....	32
Лекция 8. Поведенческая психотерапия. Индивидуальная форма .....	37
Лекция 9. Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса .....	40
Лекция 10. Когнитивная психотерапия А. Бека...	43
Лекция 11. Клиентцентрированная психотерапия К. Роджерса .....	46
Лекция 12. Гештальттерапия Ф. Перлза .....	50
Лекция 13. Логотерапия В. Франкла .....	54
Лекция 14. Телесно-ориентированная индивидуальная психотерапия .....	57
Лекция 15. Индивидуальная гипнотерапия .....	60
<b>РАЗДЕЛ 2. ПЛАНЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ</b> .....	65
<b>РАЗДЕЛ 3. ПРАКТИКУМ</b> .....	74
<b>РАЗДЕЛ 4. ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ</b> .....	76
<b>РАЗДЕЛ 5. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ</b> .....	79
<b>ЛИТЕРАТУРА</b> .....	124

## ВВЕДЕНИЕ

Для того чтобы лучше понимать свои и чужие поступки, психические состояния, причины которых не всегда лежат на поверхности, представителям помогающих профессий – педагогам, психологам, социальным работникам – необходимо знание основ психотерапии. Важно не просто понять, но правильно действовать, изменяя свое поведение и оказывая влияние на чужое.

В данном учебном издании представлены основные направления индивидуальной психотерапии, освещены принципы организации терапевтического процесса в каждом из них, сделан акцент на знание условий, необходимых для повышения эффективности психотерапевтического процесса с учетом особенностей каждого направления терапии.

Помимо краткого теоретического материала, УМК содержит задания, выполнение которых позволит студентам, с одной стороны, сориентироваться, насколько усвоена учебная информация, а с другой – приобрести некоторые психотерапевтические умения и навыки, более гибко применять свои знания на практике. Описаны известные психотерапевтические методы, даны практические элементы, отражающие специфику их применения в реальной практике, исходя из тенденций современной психотерапии. В списке рекомендуемой литературы указаны основные и дополнительные источники для самостоятельного изучения.

Задача данного издания заключается в том, чтобы дать основные теоретические положения и рассмотреть некоторые практические приемы, которые могут оказаться полезными психологам, социальным педагогам и социальным работникам для оказания практической помощи населению в решении проблем личностного и межличностного характера.

# РАЗДЕЛ I. КУРС ЛЕКЦИЙ

## ЛЕКЦИЯ 1

### ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

**Определение и основные модели психотерапии.** В настоящее время не существует единого определения психотерапии. В литературе их насчитывается более 400. Одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на ее психологических аспектах.

В энциклопедическом словаре психотерапия рассматривается как воздействие на психику с лечебной целью или лечение при помощи психического воздействия на человека. В таком варианте рассмотрения психотерапию целесообразно отнести к медицинской профессии. Психотерапевт в рамках медицинской модели работает с больным человеком и отвечает за его выздоровление. В качестве примера медицинского подхода к пониманию психотерапии можно привести определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами». В определениях, которые условно можно назвать медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику – на организм), то есть подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на средствах воздействия, применяемых в психотерапии.

В психологическом подходе усилия психотерапевта направлены на работу с модальностями внутреннего мира человека (мысли, свойства, образ Я, чувства). Психотерапевт работает со здоровым человеком, создает условия для его личностного развития и использует при этом только вербальные и невербальные средства. В качестве примера определения психотерапии в рамках психологических подходов, включающих такие понятия, как межличностное взаимодействие, психологические средства, психологические проблемы и конфликты, можно предложить следующее: «Психотерапия – особый вид межличностного взаимодействия, при котором клиенту оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих проблем и затруднений психологического характера».

**Особенности индивидуальной формы психотерапии.** Индивидуальная психотерапия является такой ее организационной формой, в которой в качестве основного инструмента лечебного воздействия вы-

ступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде терапевт–клиент. Индивидуальная психотерапия проводится одним психотерапевтом, редко – двумя (биполярная терапия) или несколькими психотерапевтами. Часто индивидуальная психотерапия является элементом комплексной терапии в сочетании с другими формами терапии, фармако-, физио- или социотерапией.

Выделяют краткосрочную и долговременную психотерапию. Краткосрочная психотерапия предполагает 20 (реже 40) встреч. Продолжительность долговременной психотерапии 40 и более сеансов.

Джадд Мармор, профессор психиатрии Калифорнийского университета, президент Американской психиатрической ассоциации, при наблюдении за психотерапевтами различных направлений выделил семь психотерапевтических факторов индивидуальной формы терапии:

1. Хорошие отношения и сотрудничество между терапевтом и клиентом.

2. Первоначальное ослабление напряжения, основанное на способности обсуждать проблему с человеком, от которого клиент ожидает помощи.

3. Познавательное обучение, благодаря информации, которую дает терапевт.

4. Оперантная модификация поведения, за счет одобрения или осуждения со стороны терапевта, а также повторяющегося и корректируемого эмоционального опыта в отношениях с терапевтом.

5. Приобретение социальных навыков на примере психотерапевта.

6. Убеждение и внушение.

7. Применение более адаптивных способов взаимодействия клиентом при условии эмоциональной поддержки со стороны терапевта.

Важной общей характеристикой индивидуального психотерапевтического процесса является последовательность фаз (Кэнфер, Гримм), с которыми связаны конкретные цели терапии:

*Первая фаза.* Определение показаний. Включает диагностическое обследование. Выбор терапевтического метода.

*Вторая фаза.* Построение терапевтических отношений. Предполагает ролевое структурирование. Формирование позитивных ожиданий при изменениях. Построение терапевтического союза.

*Третья фаза.* Проведение терапевтического обучения. Систематическое построение компетенции (поведенческая терапия). Анализ и учет опыта при определении мотивов поведения и переживаний (психоанализ). Реструктурирование представлений о себе (разговорная психотерапия).

*Четвертая фаза.* Оценка результатов терапии. Психодиагностическое выяснение степени достижения терапевтической цели. Обеспе-

чение генерализации результатов терапии. Завершение терапевтических отношений.

Индивидуальная психотерапия представляет собой сложный процесс, в котором взаимодействуют различные социокультурные факторы, профессиональные качества и личностные особенности, как пациента, так и психотерапевта, помимо собственно психологической техники и условий ее реализации. При индивидуальной психотерапии особенно важна роль психотерапевта.

**Требования к личности индивидуального психотерапевта.** Во всех психотерапевтических подходах в той или иной форме используется модельный эффект личности психотерапевта. Сторонники социального научения пользуются этим эффектом для запуска процессов заместительного научения. В поведенческой психотерапии с его помощью подкрепляется научение путем подражания. Психоаналитики делают акцент на процессах идентификации, которые происходят в рамках позитивного переноса. Когнитивные психотерапевты демонстрируют варианты внутреннего монолога (self-talk), а экзистенциальные терапевты раскрывают перед клиентами собственную индивидуальность.

Если клиенты общаются с психотерапевтом в течение продолжительного времени, это происходит не только потому, что их устраивают результаты терапии, то есть изменения, которые они наблюдают в себе, но и из-за притягательности личности психотерапевта. Психотерапия вообще опирается на эффект специфического влияния поведения терапевта, вызывающего у клиента стремление ему подражать.

При сравнении работы выдающихся психотерапевтов психоаналитического и поведенческого направлений было обнаружено значительное сходство. Исследователи пришли к выводу, что клиенты считают психотерапевтов – представителей обоих направлений – обладателями сходных качеств и находят эти качества обязательными предпосылками успешной психотерапии. По мнению клиентов, эффективные психотерапевты: 1) привлекательны как люди (что психоаналитики считают совершенно неважным), 2) помогают клиенту понять самого себя (чему, в свою очередь, не придают значения сторонники поведенческого подхода). Кроме того, для хорошего психотерапевта важно быть понимающим, уверенным в своих силах, квалифицированным специалистом, способным помочь клиенту постепенно обрести уверенность в себе.

Исходя из всего этого, а также учитывая результаты других исследований, которые свидетельствуют в пользу существования универсальных терапевтических принципов, действующих в рамках всех теоретических подходов, Бергин (Bergin, 1980) пришел к выводу, что психотерапевты придают особую важность используемым техникам, в

то время как клиентов гораздо больше привлекают личные качества психотерапевта.

Большинство эффективно работающих психотерапевтов предстают перед клиентом в образе чрезвычайно привлекательного, уверенного в себе, контактного человека. Стремление клиентов подражать своим психотерапевтам позволяет объяснить, почему такие разные клиницисты, как, например, Зигмунд Фрейд и Фриц Перлз, работали одинаково успешно. Эллис, Сатир, Роджерс или Франкл также добились хороших результатов, хотя, на первый взгляд, между ними нет ничего общего. Выдающихся психотерапевтов объединяет то, что все они являются сильными личностями. Они относятся к тем людям, которые буквально излучают положительную энергию. Они активны, полны энтузиазма, обладают острым умом и высокой подвижностью, умело пользуются своим, как правило, красивым голосом. В обществе большинства хороших клиницистов находится одно удовольствие. Они обладают теми качествами, которые другие люди желали бы иметь.

Результаты практических наблюдений (Luborsky et al., 1971; Garfield, 1980; Lambert, Shapiro & Bergin, 1986) позволяют утверждать, что эффективно работающие психотерапевты, как правило, обладают хорошим душевным здоровьем и успешно разрешают собственные проблемы. Эти качества хороши не только для того, чтобы иметь возможность демонстрировать их клиентам в качестве образца для подражания. Уверенный в себе, уравновешенный человек лучше контролирует собственное поведение, что так важно во время сессий. К качествам эффективных психотерапевтов относят: влияние сильной личности, силу убеждения и влияния в терапевтических отношениях, заразительность энтузиазма, чувства юмора, заботу и сердечность, надежность и доверие.

## ЛЕКЦИЯ 2

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОЗА**

**Подходы к определению невроза.** В настоящее время в разных странах отмечается довольно высокий уровень заболеваемости неврозами. Это связано с воздействием различных факторов. Большой объем информации, воздействующий на психическую сферу, необходимость постоянной ее переработки и хранения, принятие ответственных решений, требующих большого нервно-психического напряжения на фоне снижения физических нагрузок на организм, – это важнейшие факторы, способствующие возникновению невротических расстройств.



С позиций современной медицины, невроз рассматривается как психогенное нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате осложнения особенно важных для человека жизненных ситуаций. Оно проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Для невроза характерны следующие признаки: 1) наличие психогенной причины заболевания, связанной с особенностями межличностных отношений человека в обществе и возникающими при этом патогенетически конфликтными ситуациями; 2) преобладание эмоциональных и соматовегетативных нарушений в клинической картине невроза как специфических признаков этого заболевания; 3) обратимость клинических расстройств после длительного отдыха, социо- и психотерапии, общеукрепляющего и транквилизирующего лечения.

В психологическом подходе возникновение невроза связывают с наличием у человека глубинного внутриличностного конфликта. Психоналитики рассматривают внутриличностный конфликт как неразрешимое противоречие между Ид и Эго, гуманистически ориентированные психотерапевты как конфликт между реальным и идеальным Я. В более широком контексте внутриличностный конфликт связывают с наличием у человека противоречивых убеждений, неосознаваемых, амбивалентных чувств, ценностей. Наличие внутриличностного конфликта связано с переживанием таких негативных чувств, как тревога, страх, стыд. Негативные чувства начинают отрицательно влиять на всю систему отношений человека (от отношения к себе до отношения к другим), что, при наличии патогенных факторов, может привести к возникновению невроза.

**Классификация неврозов.** Современная классификация неврозов основана на особенностях клинических проявлений болезни. Выделяют неврастению, истерический невроз и невроз навязчивых состояний. Кроме этого, описана клиническая картина невроза страха, депрессивного, ипохондрического, общего и системного невроза. Различают также невротические реакции и невротическое развитие личности.

**Неврастения** – одна из наиболее распространенных форм неврозов. Для нее характерны общевротические симптомы, различные вегетативно-сосудистые расстройства.

Выделяют гиперстеническую и гипостеническую формы неврастении. *Гиперстеническая* форма проявляется в чрезмерной раздражительности, эмоциональной лабильности, нетерпеливости, упорной бессоннице, в снижении работоспособности, истощении внимания. Наряду с этим наблюдается множество соматических нарушений – головные боли, потливость, сердцебиение, неустойчивость артериального давления. Отмечается также непереносимость громких звуков, запахов, колебаний атмосферного давления. *Гиперстеническая* форма

неврастении представляет собой как бы первую стадию заболевания, постепенно сменяющуюся второй – гипостенической. Для последней характерны повышенная утомляемость, вялость, пассивность, длительно не исчезающее чувство усталости. Больные безучастны, сонливы, у них отмечается угнетение инстинктивной сферы (пищевой, сексуальной и др.).

Течение неврастении как психогенного заболевания зависит от многих факторов – от патогенной ситуации, особенностей личности больного, сопутствующих соматических заболеваний, характера терапии и др. Заболевание протекает несколько месяцев, а при наличии истощающих организм факторов (переутомление, алкогольная интоксикация, психогенная ситуация) принимает затяжное хроническое течение на многие годы.

**Истерический невроз** характеризуется соматическими и психопатологическими расстройствами. Возникает, как и неврастения, в связи с психотравмирующей ситуацией. Клиническая картина истерии чрезвычайно разнообразна. Соматические расстройства проявляются в истерической икоте, рвоте, кашле, одышке, отказе от еды. Возможны болевые синдромы, имитирующие различные воспалительные заболевания внутренних органов, а также истерическая глухонмота (сурдомутизм), спазм век (блефароспазм), слепота (амавроз), параличи и парезы, отсутствие способности стоять и ходить (астазия, абазия) и др. Данные расстройства не имеют в своей основе органического поражения центральной нервной системы и носят функциональный характер.

Помимо указанных нарушений, у больных могут возникать различные эмоциональные расстройства, проявляющиеся в театральных позах, громких вздохах, воплях, столах, заламывании рук, вырывании волос на голове. Иногда возникают нарушения сознания по сумеречному типу и судорожные припадки.

**Невроз навязчивых состояний** проявляется в возникновении навязчивых мыслей, воспоминаний, действий, влечений, страхов вопреки желанию больного. Несмотря на критическое отношение к навязчивым явлениям, больной не может освободиться от них усилием воли. При длительном течении заболевания возникает состояние безнадежности и растерянности. Частыми проявлениями этой формы невроза являются фобические расстройства, например, страх заболеть неизлечимой болезнью, страх смерти. В условиях закрытых помещений или наоборот больших открытых пространств фобии усиливаются.

**Роль тревоги в формировании невроза.** Проблема тревоги и ее преодоления является центральной в большинстве описаний природы невроза.

Фрейд по-разному формулировал природу тревоги в ранних и поздних работах. Первоначально он считал, что защитные механизмы

порождают тревогу, а позднее утверждал, что возникающая тревога порождает защитные механизмы. В раннем подходе предполагалось, что тревога является выражением неразряженной сексуальной энергии. Позднее Фрейд стал трактовать тревогу как ответ личности на угрозу внутренних сексуальных или агрессивных побуждений.

Часто аналитики видят корни тревоги в первичном психофизиологическом состоянии, проявляющемся в беспомощности перед лицом любых физических и психических страданий. Например: болезненные противоречия, возникающие при осознании несоответствия между субъективным идеальным представлением о себе и реальным Я.

Провоцирующим фактором для тревоги Салливан считал боязнь неодобрения со стороны значимого другого. В отличие от страха тревога лишена объекта. Но «тревога потому лишена объекта, что она поражает основание психологической структуры личности, на котором строится восприятие своего Я, отличного от мира объектов» (Мэй, 2001). Усиление тревоги сужает поле самосознания тем больше, чем интенсивнее тревога.

Немецкий психиатр и психофизиолог Голдштейн рассматривал тревогу с биологических позиций. Он считал, что тревога – это субъективное переживание живого существа, оказавшегося в условиях катастрофы. Тревогу, по Голдштейну, вызывает не всякая опасность, а только та, которая несет в себе угрозу для психологической или физической целостности. Это может быть угроза для ценностей, с которыми организм идентифицирует свое существование. В момент тревоги нарушается осознание взаимоотношений между «Я» и окружающим миром. Эту же точку зрения разделяла Карен Хорни, которая писала, что тревога появляется лишь тогда, когда фрустрация ставит под угрозу какую-либо ценность или форму межличностных отношений, которые, с точки зрения человека, жизненно важны для его безопасности. Среди факторов, провоцирующих тревогу, на первом месте стоит ненависть.

Иногда тревогу называют диффузной недифференцированной реакцией на опасность (Мэй, 2001). Недифференцированность эмоций свойственна ранним стадиям развития индивидуума, впоследствии эмоции дифференцируются и помогают взрослому точнее ориентироваться в своем окружении. Таким образом, тревога может рассматриваться и как состояние регрессии, в котором могут быть скрыты различные чувства, проявление которых несет угрозу для индивидуума.

Для наблюдателя тревога проявляется в двигательном беспокойстве, суетливости, специфической мимике, поверхностном убыстренном дыхании, а для самого человека, испытывающего тревогу, это определенные ощущения в грудной клетке, учащенное сердцебиение, потливость, желание двигаться и т.п. С точки зрения Перлза и его коллег (1993), тревога представляет собой простое психосоматическое

событие. Это переживание трудности дыхания во время заблокированного возбуждения. Термин «возбуждение» обозначает повышенную энергетическую готовность организма в тот момент, когда имеется заинтересованность (появилась фигура) и глубокий контакт (творческий, эротический, пищевой, агрессивный и т.п.). На физиологическом уровне возбуждение сопровождается учащением и увеличением глубины дыхания, что отражает усиленный метаболизм.

Рассмотрение тревоги через призму психодинамического и гуманистического подходов позволяет сделать вывод о том, что тревога является реакцией на страдание, порождаемое внутриличностным конфликтом; при большой интенсивности тревоги включаются защитные механизмы, выраженность или недостаточность которых приводит к возникновению симптоматики невроза.

### ЛЕКЦИЯ 3 ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ

**Общие аспекты терапевтических отношений различных направлений индивидуальной психотерапии.** Психотерапевтические отношения – это отношения между клиентом и терапевтом в процессе терапии. Они требуют специальной работы по их выстраиванию и являются значимым фактором, от которого зависит успех терапии в целом. Психотерапевтические отношения являются целью, сущностью и результатом терапии.

Во всех направлениях психотерапевтические отношения строятся на доверии, сотрудничестве и реалистичности. В *динамическом направлении* психотерапии терапевт занимает определенную позицию, которая предполагает эмпатическую объективность, сдержанность, нейтралитет. В психоанализе выделяют отношения, основанные на переносе (контрпереносе) и рабочий альянс. Гринсон определил рабочий альянс как «относительно не невротические и рациональные взаимоотношения между пациентом и аналитиком, делающие возможным для пациента целенаправленную работу в аналитической ситуации». Рабочий альянс проявляется в готовности пациента выполнять психоаналитические процедуры и в способности работать с инсайтами, которые вызваны регрессией или причиняют страдания. В рабочем альянсе могут присутствовать как симпатия, доверие, уважение, так и сопротивление, недовольство, раздражение. Такое совмещение характеризует истинность, естественность психотерапевтических отношений. Созданию рабочего альянса способствуют следующие действия терапевта:

- интерпретации, анализ сопротивления, его осознание и понимание пациентом;
- наличие откровенного, сочувственного, понимающего отношения к проблемам и трудностям пациента;
- создание совместно-раздельного пространства жизни (время и границы терапии).

Рабочий альянс формируется быстрее, если пациент проявляет активность, способность переносить фрустрацию, осознание и ассимиляция достигнутого.

В **поведенческом направлении** психотерапии терапевт занимает директивную позицию, отношения строятся по типу учитель–ученик. Терапевт управляет процессом, дает инструкции, советы, рекомендации, использует технические приемы.

Психотерапевт **когнитивного направления** выполняет двойную функцию: а) помогает понять роль иррациональных убеждений и установок в его патологических аффективных реакциях и поведении клиента; б) выступает катализатором, содействующим коррекции опыта и обучения адаптивным навыкам. Союз между терапевтом и клиентом строится на сотрудничестве и позитивном отношении (теплоте, заботе, искренности).

Базовой характеристикой терапевтических отношений в **клиент-центрированной психотерапии** является аутентичность (подлинность). Аутентичность достигается благодаря конгруэнтности, безусловному положительному отношению, эмпатии.

**Диалогическая основа терапевтических отношений.** М. Бубер считал, что диалогическая позиция является состоянием, которое требуется от каждого, кто является преподавателем или терапевтом. Он интересовался моментом полной взаимности, когда оба участника вовлечены в диалог. Так может характеризоваться диалогическая позиция дружбы. В терапии же первоначально это невозможно для клиента, который и приходит для того, чтобы обрести такую возможность, поэтому диалогическая позиция терапевта принимается им независимо от клиента.

Парадокс терапии состоит в том, что одна личность (терапевт) принимает в терапии диалогическую позицию и не требует этого от другой личности – клиента. Терапевт может встретить клиента, находясь в диалогической позиции, и то, что он привносит – это намерение встретиться с другим, быть с ним там, где он есть, без намерения изменить его. Такая позиция по своей природе формирует основу для диалогических отношений без какой-либо специальной цели достижения «Я–Ты» отношений, и в каком-то смысле диалогическая позиция – это выражение скрытого состояния «Я–Ты».

Терапевт готовится к встрече с пациентом, находясь в «Я–Оно» диалогических отношениях. Приходит время, прежде чем становится

возможным «Я–Ты» момент, но наступит он или нет, неизвестно. «Я–Ты» момент не предполагает сохранения профессиональной роли терапевта, это встреча двух разных людей самих по себе. Он характеризуется непосредственностью и спонтанностью (все происходит «здесь и сейчас»), прямоотой (честностью и открытостью), доступностью терапевта (способностью влиять и поддаваться влиянию) и взаимностью (истинным равенством). Клиенты, говорящие об опыте успешной терапии, вспоминают не интерпретации, а моменты спонтанности, личные чувства терапевта к ним или любящую связанность с ним – то есть моменты, когда терапевт находится вне своей профессиональной маски.

Оценивать кого-то, решать, в каких интервенциях этот кто-то нуждается, ожидать определенного результата – лучшие способы отказа от диалогической позиции. В качестве необходимых условий для диалога в терапевтических отношениях терапевт-пациент выделяют: 1) присутствие; 2) подлинное и открытое общение (коммуникация); 3) включенность; 4) признание–подтверждение.

Терапевт является ответственным за создание условий для диалога. Он должен делать все возможное для того, чтобы быть присутствующим, включенным и открытым. Р. Хикнер (1985) сделал по этому поводу интересное замечание. Он сказал, что индивидуальность терапевта важна для терапии только в той степени, в которой она обслуживает задачу терапии.

Однако терапевт должен не только поддерживать становление пациента через диалогические отношения, но он должен ставить перед пациентом и «требования мира» к нему. Это означает, что терапевт не рассматривает индивидуальность пациента как что-то, что может быть достигнуто в изоляции от реальных отношений мира. Невротик – это тот, кто избегает диалога, а выздоровление предполагает возвращение диалога в чье-то конкретное повседневное существование. Способность же к диалогу восстанавливается через работу осознания в контексте диалога. Пациент может научиться выбирать: углублять диалог или поворачивать обратно. Терапевт же может только работать для того, чтобы встретить пациента.

Главное, что сделал М. Бубер для психотерапии, – это сформулировал принцип выздоровления через подлинную встречу, которая происходит в диалогических отношениях.

**Этические принципы построения психотерапевтических отношений.** Кодексы профессиональной этики и стандарты практики психологов и психотерапевтов обычно разрабатываются профессиональными ассоциациями. Они базируются на общепринятой для этой организации системе ценностей и предназначены: для защиты прав клиентов; для регулирования внутренних споров и проблем профес-

сиональной жизни без контроля государства, обеспечения стабильности профессии; для защиты прав профессионалов в случае предъявления претензий со стороны клиентов. Если деятельность профессионала признается соответствующей принятому стандарту, профессиональная организация защищает своего члена в суде; для защиты от некомпетентных специалистов и шарлатанов с помощью сертификации и лицензирования специалистов, профессиональная компетентность которых соответствует профессиональным стандартам.

Обычно этический кодекс состоит из общего раздела, посвященного профессиональным ценностям, и тематических разделов, определяющих права клиента и консультанта, границы профессиональной компетенции и ответственности специалиста, профессиональные полномочия, профессиональные требования и запреты, порядок консультирования и оплаты, взаимоотношения с другими специалистами и представителями других профессий, вопросы психологической диагностики, обучения специалиста, супервизии и практики, проведение исследований и способы разрешения этических вопросов.

**Благополучие пациента.** Это один из краеугольных камней этического стандарта. Планируя определенные действия, терапевт или консультант решает, будет ли оно адекватным для обретения пациентом благополучия. В некоторых ситуациях чувства терапевта, особенно страх, гнев или сексуальная симпатия, могут быть такими сильными, сложными и спонтанными, что создают собственный контекст. В этом контексте терапевт может отвечать на свои собственные яркие чувства, импульсы, желания, страхи и фантазии, в то время как потребности пациента теряют свой приоритет.

Нередко принцип благополучия вступает в конфликтные отношения с принципом конфиденциальности. В некоторых случаях терапевт может принимать участие в действиях, которые могут быть истолкованы как угрожающие благополучию клиента. Например, он может требовать от клиента рассказа о событиях и фактах, угрожающих его благополучию, или, согласно правовым нормам, он должен сообщить в правоохранительные органы об угрозах пациента в адрес его близких. Поэтому терапевту важно понять, в какой степени предполагаемое этическое действие способствует или, наоборот, угрожает этому благополучию.

**Не нанесение ущерба и фундаментальные запреты.** Терапевтические отношения являются особенными отношениями и характеризуются значительной уязвимостью клиента и его потребностью в доверии и поддержке. Клиенты рассказывают терапевту о мыслях, чувствах и желаниях, которые они не доверили бы другим людям. В связи с этим, а также в связи с особой ролью терапевта в этих отношениях существуют фундаментальные этические запреты, к которым

относятся злоупотреблению властью, доверием, сексуальная и другие виды эксплуатации клиентов.

Фундаментальным запретом является вовлечение пациента в сексуальные отношения. Исследования Мастерса и Джонсон, проведенные в 1960–70-е годы убедительно показали, что вовлечение в сексуальные отношения причиняет ущерб пациенту и негативно влияет на отношения с супругами, партнерами, на длительность отношений с представителями другого пола, а также часто связано с предыдущими ситуациями насилия и инцеста.

Другой фундаментальный запрет – это дискриминация по половому, этническому или тендерному признаку. Антидискриминационный подход должен стать необходимой частью терапевтической практики и тренинга. Фундаментальный запрет также касается злоупотребления властью и других видов эксплуатации клиента.

**Двойственные отношения.** Под двойственными отношениями в терапии и консультировании понимают отношения, совмещающие терапевтические и другие аспекты: сексуальные, деловые, дружеские, семейные, отношения к обучению.

Проблема двойственных отношений может быть рассмотрена с точки зрения ролевой теории. Социальные роли содержат соответствующие ожидания, касающиеся поведения, прав и обязанностей, которые они накладывают. Ролевой конфликт возникает тогда, когда поведение индивидуума несовместимо с ожиданиями от его роли. При двойственных отношениях терапевт находится в двух ролевых позициях относительно клиента. Практически все этические кодексы и профессиональные стандарты рекомендуют избегать таких отношений.

**Безопасность и конфиденциальность.** Конфиденциальность – это обязанность терапевта выполнять данное клиенту обещание о неразглашении сведений частного характера, которые становятся ему известны по роду работы. В последние годы конфиденциальность становится больше правовым, чем этическим понятием. Случаи нарушения конфиденциальности сведений, сообщенных клиентом, рассматриваются в суде. Многие психотерапевты подчеркивают, что без понятия о конфиденциальности пациенты будут откладывать лечение, что делает их проблемы более серьезными и сложными, в другом случае они не станут давать о себе важную информацию из страха разоблачения и социальных последствий.

**Нарушение границ.** Нарушение границ происходит тогда, когда терапевт осознанно или неосознанно переходит эмоциональные, физические, духовные или сексуальные границы другого человека. В каждом направлении психотерапии есть свои запретные действия, связанные с разной теоретической ориентацией. Различные источники приводят такие примеры, как объятия, принятие приглашений на обед



с клиентами, раскрытие личной информации о себе (например, о собственных жизненных трудностях), звонки по телефону, обмен подарками, одалживание книг, денег, участие в совместных мероприятиях и т.п. Считается, что профессиональная дистанция между терапевтом и клиентом обеспечивает безопасность клиента. Поэтому существует этическая необходимость в поддержании границ терапии.

**Ограничения конфиденциальности.** Ограничения конфиденциальности обычно касаются тех случаев, когда пациент сам просит сообщить что-то властям или когда он представляет угрозу для себя или других людей, или по представлению суда. Большинство терапевтов убеждены в том, что информирование об ограничениях в конфиденциальности будет опасным для успешного терапевтического исхода, однако неинформирование пациентов об этом нарушает их юридические и этические права на информированное согласие. Пациенты также не желают, чтобы информация об их случае была раскрыта работодателю, поскольку боятся, что это негативно скажется на их занятости. В то же время некоторые терапевты убеждены, что информация об ограничениях конфиденциальности будет полезна пациентам, склонным к насилию над близкими, и, прежде всего, детьми. Особенно серьезными являются случаи, касающиеся ситуаций, в которых терапевтам становится известно об инфекционном заболевании (СПИД) или угрозе жизни и здоровью близких пациента (угрозы насилия).

**Информированное согласие.** Одним из этических принципов, разделяемых многими профессиональными ассоциациями, является принцип информированного согласия. Имеются случаи, когда пациенты подвергаются действиям, противоречащим их информированному согласию. Например, личности с угрозой суицида или гомицида госпитализируются недобровольно. Каждый такой случай может быть рассмотрен комитетом по этике и судом в отношении сохранения личной автономии, а также прав пациента выбирать, какое именно лечение выбирать, а какое отвергать. Осуществляя интервенции по отношению к индивидам, группам, организациям, консультант или психотерапевт знакомит их с необходимой информацией об основных проблемах, целях терапии и консультирования и используемых методах. Психотерапевт или консультант поощряет клиентов в том, чтобы получать достаточную информацию. Информация должна представляться в доступной для понимания форме, а в случае недееспособных или несовершеннолетних должны быть проинформированы родители или опекуны. Если вмешательство осуществлено не до конца, то психолог ставит клиента в известность о тех организациях или консультантах, которые могут его продолжить. Попадая в двусмысленную ситуацию (например, клиент не предупредил о том, что проходит тера-

пию у другого профессионала), психолог вправе выйти из нее, предупредив клиента и обосновав свои действия.

**Профессиональная компетентность и отношения с другими профессионалами.** Работа профессионального психолога-консультанта или психотерапевта основывается на принципе профессиональной независимости и автономии. При этом неважно, каково его служебное положение в организации и администрации. Профессиональная компетентность специалиста зависит от его способностей, уровня квалификации и профессиональной подготовки, специализации в применении определенных методов и видов психологической коррекции. Когда интересы психотерапевтического вмешательства требуют сотрудничества с профессионалами из других областей, психолог-консультанты и психотерапевты должны обеспечивать соответствующее взаимодействие, направленное на благо клиента («Этические стандарты психолога», 1990). Критика в отношении коллег должна быть научно обоснованной и не дискредитировать другого профессионала или его метод. Все конфликтные ситуации разбираются этическими комитетами соответствующих профессиональных организаций.

## ЛЕКЦИЯ 4 КЛАССИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ З. ФРЕЙДА

**Особенности психоаналитической индивидуальной терапии.** Особенности психоаналитической терапии определяются фрейдовской теорией развития личности, которая была биологически обоснованной и подчеркивала первичность инстинктивных процессов (драйвов) как движущих сил развития человека. Теория личности, разрабатываемая и неоднократно видоизменяемая Фрейдом на протяжении всей его творческой жизни, предлагала «портрет невротика» рубежа XIX–XX столетий в шести различных перспективах:

**топографической**, которая строится на бинарной оппозиции сознательного против бессознательного в качестве базовой модели психического функционирования;

**динамической**, которая постулирует в качестве основы душевной жизни взаимодействие и конфликт инстинктивных психических сил или влечений;

**генетической**, раскрывающая идею развития психического через трансформацию инстинктивных влечений в каждой из выделенных им фаз (или стадий) – оральной, анальной, фаллической, латентной и генитальной;

**экономической**, позволяющей видеть в психическом единые закономерности, описывающие виды трансформации психического как

энергии универсального типа в терминах ее свободы и подвижности; связывания и структурирования; перемещения и распространения; задержки и застоя; кумуляции, вложения (инвестирования), затрат, разрядки и т.д.;

**структурной**, задающей основы системной организации психического в терминах Ид, Эго и Суперэго,

**адаптивной**, начатой Фрейдом и развитой впоследствии Х. Хартманном (1958) и Д. Рапапортом (1953), которая полагает врожденную готовность индивида взаимодействовать с реальностью и адаптироваться к ней путем создания относительно устойчивых паттернов (представлений, репрезентаций) «среды» как нормального и предсказуемого окружения.

Для практики психотерапий наибольшее значение имеют динамическая, генетическая и структурная перспективы рассмотрения невротической личности.

Психоанализ можно охарактеризовать как долгосрочную, интенсивную, интерпретативную психотерапию. Классическая аналитическая техника включает ежедневные (5 раз в неделю) встречи с пациентом, укладывание его на кушетку, избегание всяческих советов, прописывания лекарств, воздержание от управления его жизнью, ограничение высказываний интерпретациями и инструктирование по выполнению основного правила свободных ассоциаций. Результатом успешного психоанализа является полная реорганизация личности пациента при окончательном разрешении невротического конфликта.

**Теория происхождения неврозов.** Классический психоанализ включает теорию психологического происхождения неврозов. В нем различают следующие типы неврозов:

1. **Психоневроз**, который обусловлен причинами, относящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. Существует 3 типа психоневрозов – истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид.

2. **Актуальный невроз** обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуальных привычек пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. Фрейд разграничил две формы: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия облегчения от полового возбуждения.

3. **Нарциссический невроз**, при котором пациент не способен к образованию переноса.

4. **Невроз характера** – в этом случае симптомы являются чертами характера.

5. **Травматический невроз**, который вызывается потрясением.

6. При *неврозе переноса*, который развивается в ходе психоанализа, пациент проявляет навязчивый интерес к психоаналитику.

Психоанализ утверждает, что психоневрозы обусловлены невротическим конфликтом, т.е. бессознательным конфликтом между побуждением Ид, стремящегося к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротическим только в том случае, если одна сторона бессознательна и/или если он разрешается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Психоанализ рассматривает симптом как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизацией, которую Фрейд характеризовал как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Суперэго. Именно Суперэго заставляет Эго чувствовать себя виноватым даже за символическую и искаженную разрядку, которая проявляется как симптомы психоневроза. Сознательно она ощущается весьма болезненно. Таким образом, все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома.

**Процедура психоанализа.** Основными понятиями психоанализа являются свободные ассоциации, перенос и интерпретация.

**Техника свободного ассоциирования** основана на трех предположениях: все мысли направлены к тому, что является значимым; потребность пациента в психотерапии и значение того, что его лечат, поведут его ассоциации в направлении значимого, за исключением того случая, когда действует сопротивление; сопротивление проявляет себя во время сеансов в невозможности свободно ассоциировать. В соответствии с инструкцией психоаналитика пациент должен выполнять «основное правило», т.е. сообщать свои мысли безоговорочно и не делать попыток сосредоточиваться во время этого.

**Перенос** в психоанализе рассматривается как процесс, посредством которого пациент перемещает на психоаналитика чувства, мысли, фантазии и пр., вызванные ранее действовавшими в жизни пациента фигурами. Благодаря переносу больной наделяет психоаналитика значимостью другого, обычно ранее существовавшего объекта. Первое описание и обсуждение роли переноса дано Фрейдом в работе об истерии. Перенос является переживанием чувств, побуждений, фантазий и защит по отношению к личности в настоящем, которая не является подходящей для этого, но это есть повторение реакций, образованных по отношению к значимым фигурам раннего детства. Основная важность реакций переноса вытекает из того факта, что пациент испытывает в ситуации лечения и в отношении к психоаналитику все значимые человеческие чувства своего прошлого. Перенос есть повторение,

новое «издание» старых объектных отношений. Это анахронизм, временная погрешность; имеет место перемещение: импульсы, чувства и защиты по отношению к личности в прошлом перемещаются на личность в настоящем. Поскольку это бессознательное явление, человек, реагирующий чувствами переноса, большей частью не осознает искажения. Определение переноса включает 4 основных утверждения: перенос является разновидностью объектных отношений; явления переноса повторяют прошлое отношение к объекту; механизм перемещения играет важную роль в реакциях переноса; перенос является регрессивным феноменом.

Существует много способов классификации различных клинических форм реакций переноса. В соответствии с объектом переноса и повторяемой стадией развития сексуальности перенос может быть отцовским, материнским, эдиповым, доэдиповым, а также объектным или нарциссическим в соответствии с тем, представляет ли пациент своего психоаналитика как внешнюю персону, от которой он зависит, которую он любит или ненавидит, или как часть самого себя. Перенос может быть положительным или отрицательным в зависимости от того, расценивает ли пациент психоаналитика как доброжелательную фигуру или недоброжелательную. Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса.

Следующим ключевым понятием психоанализа является *интерпретация*. В своих заявлениях психоаналитик приписывает сновидениям, симптомам и цепочке свободных ассоциаций пациента некоторое дополнительное значение по сравнению с тем, как расценивает эти феномены сам пациент. Интерпретация переноса устанавливает связь между поведением и ассоциациями пациента и его отношением к психоаналитику. Интерпретация содержания относится к бессознательным импульсам и фантазиям и не касается тех защитных процессов, которые поддерживают их в качестве бессознательных. Прямые интерпретации основываются только на знании психоаналитиком символики, безотносительно к ассоциации пациента. Корректные интерпретации адекватно объясняют интерпретируемый материал, формулируются таким образом и сообщаются в такое время, что обладают актуальностью для пациента. Интерпретировать – значит делать неосознанные феномены осознанными.

Важным понятием в психоанализе является *сопротивление*, которое означает противодействие в ходе анализа превращению бессознательных процессов в сознательные. В состоянии сопротивления пациент отклоняет интерпретации психоаналитика. Термин «сопротивление» относится ко всем силам внутри пациента, которые находятся в оппозиции к процедурам и процессам психоаналитической работы.

Соппротивление является повторением тех защитных операций, которые пациент использовал в своей обычной прошлой жизни. Все варианты психических явлений могут быть использованы для целей сопротивления, но вне зависимости от того, что служит его источником, сопротивление действует через Эго пациента. Хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной. Анализ сопротивления включает несколько основных процедур. Психоаналитик должен: осознать сопротивление, продемонстрировать его пациенту, прояснить мотивы и форму сопротивления (какой специфический болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться; какую конкретную форму и метод пациент использует для выражения своего сопротивления); интерпретировать сопротивление (выявить, какие фантазии или воспоминания являются причиной аффектов и побуждений, которые стоят за сопротивлением; заниматься историей и бессознательными объектами данных аффектов и побуждений или событий во время анализа, вне анализа и в прошлом); интерпретировать форму сопротивления, для чего заниматься анализом этой и сходных форм деятельности во время и вне анализа; проследить историю и бессознательные цели этой деятельности в настоящем и прошлом пациента.

Тесно связано с сопротивлением понятие защиты – «общее название для всех специальных приемов, которые Эго использует в конфликтах, могущих привести к неврозу». Предназначение защиты в том, чтобы не допустить осознания импульсов, воспоминаний, предотвратить Эго. Механизмы защиты могут побуждаться тревогой, обусловленной увеличением инстинктивного напряжения, угрозами Суперэго или реальной опасностью. Поскольку психический фактор, приводящий в действие защиту, должен воспринять угрожающий перцепт до того, как он становится доступным сознанию, Фрейд заменил понятие «сознание» на Эго, так как Эго является частично бессознательным и способно к автоматическим, бессознательным реакциям на изменения внутреннего напряжения. По мнению автора, неврозы обусловлены нарушениями в работе механизмов защиты.

В психоаналитической работе выделяют следующие стадии:

**первая** – поиск болезненного очага (его воспоминание). На этой стадии используют методы ассоциаций, наблюдения за поведением человека, изучение юмора, оговорок, описок человека. Стадия заканчивается обнаружением этого очага;

**вторая** – вскрытие очага возбуждения, его вербализация. Человек выговаривается, рассказывает психологу о своих переживаниях и их источниках. Это очень болезненный процесс, так как человек как бы заново переживает и страдает, при этом очень часто формируется негативное и агрессивное отношение к психологу. Стадия считается

оконченной после того, как человек все рассказал и начал постепенно успокаиваться;

**третья** – переоценка значимости событий, сокрытых в болезненном очаге, так называемое «переклеивание ярлыков». Например, из «врага» в «неприятного человека», из «подруги» в «знакомую» и т.д. На этой стадии особое значение имеет внимательное и заботливое отношение психолога к клиенту, помощь клиенту в изменении его системы установок;

**четвертая** – эмоциональная окраска новой системы установок, главным образом положительная, спокойная. Осуществляется постепенный переход от любви к безразличию, от агрессивности к равнодушию;

**пятая** – забывание, ликвидация очага возбуждения. Чаще всего эта стадия проходит естественным путем как продолжение работы с психологом на предыдущих стадиях.

Психоанализ используют следующие процедуры: конфронтацию, прояснение (кларификацию), интерпретацию, проработку. **Конфронтация** используется для того, чтобы показать клиенту, что он чего-то боится, избегает, для выделения, обособления того психического феномена, который должен стать предметом анализа. **Прояснение** состоит в четкой фокусировке значимых деталей. **Интерпретация** предполагает преобразование неосознанных деталей и явлений в осознанные. **Проработка** включает комплекс процедур и процессов, которые необходимо осуществить после инсайта. Это наиболее трудоемкая часть психоаналитической работы, так как требуется больших усилий и количество времени для преодоления сопротивления, которое выступает помехой на пути преобразования личности.

## ЛЕКЦИЯ 5

### ПСИХОТЕРАПИЯ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ А. АДЛЕРА

**Основные принципы практики индивидуальной психологии А. Адлера.** Индивидуальная психология явилась крупным шагом вперед в понимании человека, неповторимости его уникального жизненного пути. Индивидуальная психология включает в себя такие понятия, как жизненные цели, стиль жизни, схема апперцепции, чувство общественного и связанная с ним потребность в социальной кооперации, самость.

**Стиль жизни** – это тот уникальный способ, который выбирает человек для реализации своих жизненных целей. Симптом болезни, или черта личности, могут быть поняты лишь в контексте стиля жизни.

ни, как своеобразное его выражение. Жизненный стиль характеризуется очень ранним формированием, ошибочностью и устойчивостью. Он остается относительно постоянным на протяжении всей жизни и практически не подлежит изменению. В рамках своего стиля жизни каждый человек создает субъективное представление о себе и мире, которое Адлер называл схемой апперцепции и которое детерминирует его поведение.

*Схема апперцепции*, как правило, обладает способностью самоподтверждения, или самоусиления. Например, изначальное переживание человеком страха приведет его к тому, что окружающая ситуация, с которой он вступит в контакт, будет восприниматься им как еще более угрожающая.

Адлер полагал, что *жизненные цели*, мотивирующие поведение человека в настоящем и ориентирующие его на развитие и достижение исполнения желаний в будущем, коренятся в его прошлом опыте, а в настоящем поддерживаются актуализацией чувства опасности, незащищенности. Жизненная цель каждого индивидуума складывается из его личного опыта, ценностей, отношений, особенностей самой личности. Многие жизненные цели сформировались еще в раннем детстве и остаются до поры до времени неосознанными. Жизненные цели служат индивидууму для защиты против чувства беспомощности, средством соединения совершенного и могущественного будущего с тревожным и неопределенным настоящим.

При выраженности чувства неполноценности, столь характерного для больных неврозами в понимании Адлера, жизненные цели могут приобретать преувеличенный, нереалистический характер. У больного неврозами часто наблюдается весьма значительное расхождение между сознательными и неосознаваемыми целями, в результате чего он игнорирует возможность реальных достижений и предпочитает фантазии на тему личного превосходства.

Адлер явно назвал три жизненные цели. Они связаны с обществом, полом и работой. Первая уже упоминалась. *Вторая цель*: поскольку люди представлены двумя полами, то они должны научиться, как к этому факту относиться. Важно, чтобы человек определил свои половые роли, частично на основе культурных определений и стереотипов, и приучил себя к общению с другим, а не противоположным полом. Другие люди другого пола не представляют собой врагов. Они являются друзьями, с которыми человек должен научиться работать вместе. *И третья цель*: поскольку ни одна личность не может претендовать на самодостаточность, то все люди взаимозависимы. Каждый человек зависит от труда других людей. В свою очередь, другие люди зависят от вклада каждого человека. Таким образом, работа становится необходимой для человеческого выживания. Кооперативный инди-



вид с готовностью принимает на себя эту роль и активно участвует в деятельности человечества.

**Самость** в понимании Адлера тождественна творческой силе, с помощью которой человек направляет свои потребности, придает им форму и значимую цель. Формирование жизненной цели, стиля жизни, схемы апперцепции – акты творчества. Самость руководит и управляет индивидуальным реагированием на окружающее. По мнению Адлера, основным недостатком в понимании Фрейдом личности и сущности психотерапевтического процесса была недооценка уникальности человеческой судьбы. Самость – форма реализации этой уникальности, она активно формирует стиль жизни, отвергая одни переживания и избирательно принимая другие.

**Социальный интерес** – это врожденное (или, по крайней мере, потенциальное) свойство человека, характеризующееся способностью к сосуществованию и взаимодействию с другими людьми. Любое поведение индивида происходит в социальном контексте. Человек рождается в некотором окружении и вступает в обоюдные отношения с ним. При тяжелой психопатологии не происходит полного исчезновения социального интереса. Даже психотик сохраняет некоторую общность с «нормальными» людьми. Адлер придавал важное значение развитию человеком восприятия себя как части большого социального целого, развитию чувства социальной вовлеченности, желания внести свой вклад в общественную жизнь.

Основными принципами практики индивидуальной психологии являются:

**1) холизм – целостность**

В своих исследованиях адлерианцы основное внимание уделяют изучению личности в целом, образу ее действий на протяжении жизни и гораздо меньшее значение придают частичным функциям;

**2) единство индивидуального стиля жизни**

Для понимания индивида необходимо понимание его когнитивной организации и стиля жизни. Жизненный стиль является интегрированным способом приспособления к жизни и взаимодействия с ней. Соответственно, стиль жизни не рассматривается как правильный или неправильный, нормальный или аномальный, он просто «очки», через которые личность видит свою жизнь. Следовательно, главным средством понимания личности является скорее субъективность, а не так называемая объективная оценка.

**3) общественное чувство – социальный интерес**

Опираясь на теорию эволюции Дарвина, Адлер полагал, что способность и потребность кооперироваться являются одной из важнейших форм приспособления людей к среде. Только кооперация людей, согласованность их поведения предоставляют им шанс преодоления

действительной неполноценности или ощущения ее. Заблокированная потребность в социальной кооперации и сопутствующее ей чувство неадекватности лежат в основе неприспособленности к жизни и невротического поведения.

#### **4) Направленность поведения к цели**

Адлер утверждал, что цели и ожидания больше влияют на поведение человека, чем прошлый опыт, а основным побудительным мотивом, кроме того, является стремление достичь превосходства и адаптации к среде. Люди идут к целям, которые они сами выбрали, целям, которые дадут им место в этом мире, обеспечат им безопасность и сохранят самоуважение. Человек может выбрать цели полезные, несущие вклад в общество, а может посвятить себя бесполезной стороне жизни. Он может быть целенаправленным или может, как это делают невротики, заботиться о себе и о своем превосходстве, оберегая свое чувство личной значимости от угроз.

**Особенности и цели адлерианской психотерапии.** Адлерианская психотерапия считается скорее образовательным нежели терапевтическим предприятием. Основная цель данной терапии – развитие социального интереса пациента. Цель адлерианской психотерапии конкретизируется в следующих задачах:

1) уменьшение чувства неполноценности и преодоление уныния, а также осознание и использование собственных ресурсов;

2) изменение стиля жизни личности, то есть восприятия и целей. Как уже было упомянуто, терапевтическая цель включает в себя трансформацию больших ошибок в маленькие (так же, как автомобили, некоторые личности нуждаются в «настройке», другим требуется «капитальный ремонт»);

3) изменение ошибочной мотивации, даже если она лежит в основе приемлемого поведения, или изменение ценностей;

4) помощь в осознании индивидом равенства среди своих коллег и товарищей;

5) помощь в становлении человеческим существом, делающим вклад в общее дело.

**Терапевтический процесс в практике индивидуальной психологии.** Как правило, сеанс психотерапии начинается с анализа индивидуального стиля жизни пациента, т.е. поиска тех проблем, которые отражаются в поведении его на разных этапах онтогенеза. Этому помогает анализ самых ранних воспоминаний или наиболее значимых событий детства. Воспоминания, которые первыми придут на ум, по мнению Адлера, далеко не случайны, а соответствуют тем психологическим проблемам, которые пациент самостоятельно решить не мог как в прошлом, так и в настоящем. В рассказе пациента найдут отражение негативные обстоятельства, повлиявшие на его личностный

рост, а именно – органическая неполноценность, эмоциональное отвержение или избыточное потворство со стороны родителей. Важно также обращать внимание на невербальные сообщения пациента – мимику, жесты, интонацию голоса, а также ключевые слова (глаголы), которыми он выражает прошлые действия (прообраз практики нейролингвистического программирования).

В беседах с пациентом психотерапевт создает атмосферу безопасности, доброжелательности, сочувствия и поддержки. Он собирает материал, интегрирует те части прошлого и настоящего опыта больного, которые ускользали от его осознания. А затем возникшая вновь целостность «с улыбкой возвращается психотерапевтом пациенту». Непременными условиями психотерапии является установление визуального контакта и эмпатического раппорта.

Следующий шаг в психотерапии Адлера – оказание помощи пациенту в понимании себя. Что в прошлом опыте переживалось и переживается как слабость, недостаточность, некомпетентность? Какие цели ставит перед собой пациент, чтобы достигнуть невротических атрибутов превосходства? Если когнитивное осознание этих реалий пациентом достигнуто, то он оказывается готовым воспринять этот опыт и эмоционально, а в дальнейшем через выполнение конкретных заданий психотерапевта реализовать его в поведении. Наконец, сотрудничество психотерапевта и пациента становится предметом их совместного обсуждения. Что испытывает пациент по отношению к психотерапевту? Какие переживания из его раннего опыта он проецирует на психотерапевта? Пациент, удовлетворив свою потребность быть услышанным, понятым, принятым, становится способным открыться альтруистическому опыту и осознать собственную противоречивость. Своим новым поведением, интересом к проблемам ближних он инициирует изменения в социальном контексте, от которого, в свою очередь, сам зависит.

**Схема развития психотерапевтического процесса** в индивидуальной психологии выглядит следующим образом:

- 1) вхождение психотерапевта в контакт с пациентом с помощью *эмпатии*, доброты, поддержки;
- 2) формирование ответственности пациента за успех лечения (сигналом о готовности его к сотрудничеству с психотерапевтом служит, в частности, желание вспомнить собственное прошлое);
- 3) когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости;
- 4) эмоциональное отреагирование и соприкосновение с ранее неосознаваемым чувственным опытом;
- 5) проверка в реальности нового опыта.

Индивидуальная психология существенно расширила рамки применения психотерапии. В индивидуальной психологии осуществлялись проекты, направленные на решение социальных проблем. Велись научные исследования по проблемам войны и мира, агрессивности, общественного сотрудничества. Уделялось много внимания психопрофилактике, прежде всего, среди детей. Адлер организовал клиники ориентации детей. Созданы специальные методы работы с родителями. Высказано много идей по реформированию системы образования. Гуманистические устремления Адлера с его идеей творческой силы личности были развиты в терапии, centered на клиенте, в понятии концепции самоактуализации. В ней использовался сформированный в индивидуальной психологии новый тип терапевтических взаимоотношений, основанных на социальном интересе. Работа с ошибочными апперцептивными схемами во многом задавала модели техник когнитивной и рационально-эмоциональной психотерапии. Методы, основанные на научении, сближают психотерапию Адлера с бихевиоральной психотерапией.

## ЛЕКЦИЯ 6

### ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ К. ХОРНИ

**Концепция базисной тревоги К. Хорни.** К. Хорни является представителем культурно- и социологически-ориентированного психоанализа. В своей концепции бессознательного Хорни заменила фрейдовское либидо двумя иными механизмами: анксиозностью (страхом) и перфекционизмом (стремлением к совершенству). Источник невроза Хорни видит в конфликте общественных устремлений человека с враждебными ему условиями социальной среды. Анксиозность приводит к неверию в свои силы, чувству собственной неполноценности. Перфекционизм побуждает к преодолению страха и обеспечивает свободу и уверенность. Однако тенденция к совершенствованию увеличивает зависимость человека от других членов общества. Хорни делает вывод, что повышение требований общества к индивиду увеличивает стремление последнего к совершенствованию, а это приводит к его порабощению социальными условиями, поэтому «различие между большим неврозом и нормальным человеком чисто количественное».

Каждый человек, с точки зрения Хорни, обладает собственным личностным потенциалом развития, конструктивная реализация которого позволяет индивиду достигать цели, добиваться успехов, преодолевать трудности и постепенно становиться тем, кем он может и хочет стать. Психопатологические расстройства возникают только в том

случае, если силы, способствующие позитивному росту и развитию, блокируются внешними социальными факторами. В ребенке, растущем в здоровой социальной среде, развивается чувство принадлежности к безопасному и обучающему окружению. Ребенок, родители или воспитатели которого не способны проявлять любовь, заботу и уважение к его индивидуальности, становится человеком, постоянно испытывающим чувство тревоги, воспринимающим мир как недружественный и враждебный. В этом случае здоровое стремление к самоактуализации замещается всепоглощающим стремлением к безопасности – основной невротической потребности.

Хорни выделяла две основные потребности человека: потребность в безопасности и потребность в удовлетворении. **Потребность в безопасности** обеспечивает защиту от враждебных посягательств мира. **Потребность в удовлетворении** включает не только удовлетворение физических (биологических) потребностей, но также потребности в самооценке и самоуважении, оценке, принятии и признании другими, в достижениях. Наличие этих двух потребностей (в безопасности и удовлетворении) являются источником постоянных противоречий и конфликтов. Для удовлетворения потребности в безопасности человек пользуется фиксированными стратегиями поведения, то есть формирует поведение, ограничивающее сферу его функционирования (ограничительное поведение) относительно безопасными областями, что снижает базальную тревогу, но препятствует реальным достижениям, то есть фрустрируется потребность в удовлетворении. Стремясь к достижениям, человек вынужден осваивать новые сферы, отказываться от фиксированных стратегий и ограничительного поведения, что приводит к фрустрации потребности в безопасности. Таким образом, наличие этих двух потребностей несет в себе противоречие, которое может привести к неврозу. И в этом смысле различие между здоровьем и неврозом является лишь количественным.

Если под воздействием внешних обстоятельств не была потребность в безопасности, то у ребенка формируется базальная тревога, невротическое стремление к безопасности. Эту тревогу нельзя считать наследственной, генетически обусловленной, она всегда представляет собой продукт культуры и воспитания. Хорни описывает базальную тревогу как чувство «собственной незащищенности, слабости, беспомощности, незначительности в этом предательском, атакующем, унижающем, злом, полном зависти и брани мире». Чувство тревоги, беззащитности ребенка, рождающееся из состояния изоляции и беспомощности в потенциально враждебном ему мире.

Невротическое стремление к безопасности достигается гипертрофией одного из трех типов защитных реакций: беспомощности, агрессивности и отгороженности.

**Невротический защитный механизм беспомощности** выражается в слишком сильном стремлении к протекции, поддержке, защите и в преувеличенном, можно сказать, притворном стремлении соглашаться с желаниями других (ориентация взаимодействия в обществе – движение к людям).

**Невротический защитный механизм враждебности** основан на убеждении, что в жизни действует закон джунглей, где выживает сильнейший. Тот, кто подчеркивает в своем поведении такую жизненную ориентацию, считает других враждебными и лицемерными, отрицает теплые, спонтанные отношения между людьми, предпочитая различного рода манипулирование ими. Он убежден, что настоящих привязанностей не существует (ориентация в обществе – движение против людей).

**Невротический защитный механизм ухода**, отгораживания выражается в отказе от интимных, дружеских и просто бытовых контактов с другими (ориентация в обществе – движение от людей).

В то время как здоровый человек предпочитает свободно общаться, сближаться с окружающими, лишь иногда идти против них или уходить от контактов с ними в зависимости от обстоятельств. Невротик решает проблему общения всегда негибким способом. Он выбирает один из типов коммуникации, тогда как в действительности они не исключают друг друга. В ситуации, когда значение двух возможных, но не реализуемых ориентаций на взаимодействие преуменьшается или полностью игнорируется, создаются условия для вытеснения их на бессознательный уровень, где и разворачивается конфликт между ними и доминирующей ориентацией. Базальная тревога становится основой для возникновения более поздних личностных нарушений: отстраненного типа личности, агрессивного типа личности, уступающего типа личности.

**Идеализированный образ и его роль в формировании невроза.** Другой тип невротического внутриличностного конфликта, особо выделяемый Хорни, касается сферы идеализированного образа собственного «Я». Люди, страдающие под гнетом собственной невротической структуры личности, не только подавляют свои проблемы, конфликты потребностей, но и не осознают свои недостатки и слабости, которые, возможно, смутно чувствуют (предчувствуют) и даже презирают. Обычно у них формируется сознательный образ самих себя, в котором все позитивные, социально одобряемые черты представлены в сильно преувеличенном виде. Это, в свою очередь, усиливает доминирующее невротическое решение проблемы. Идеализированный образ самого себя заставляет человека ставить перед собой практически недостижимые цели и задачи, предопределяющие неизбежное поражение, которое, в свою очередь, усиливает недовольство собой, может

вызвать даже презрение к себе, увеличивая конфликт между реальным «Я» и мощным и грозным идеализированным образом. Создается замкнутый круг, в котором постоянно циркулирует стремление соответствовать, поддерживать этот «славный» образ путем достижения нереалистичных, а значит, и недостижимых целей. Идеализированный образ характеризуется льстивостью, нереалистичностью, самонадеянностью, стремится к внешнему одобрению. Он является бессознательный феномен, обладает статичным качеством, удовлетворяет жизненно важные потребности, является разновидностью художественного образа.

Таким образом, центральный внутренний конфликт – это конфликт между конструктивными силами реального Я и обструктивными силами системы гордости, между здоровым развитием и стремлением в реальной жизни подтвердить совершенство идеального Я. Невротический процесс это процесс невротической самоидеализации, который предполагает отказ от реального Я в пользу идеализированного Я, актуализацию псевдо-Я – вместо раскрытия имеющихся у человека потенциальных способностей, разрушительную войну двух Я.

**Характерологический анализ.** По мнению Хорни, характерологический анализ – это психоанализ, только в форме самоанализа. Терапевтический процесс в характерологическом анализе имеет направление от невротической самоидеализации к самоактуализации. По мнению Хорни, только *самоанализ* может помочь человеку преодолеть сильное и болезненное стремление к недостижимым целям и заменить их деятельностью, приносящей удовлетворение и радость самореализации. Цель психотерапии Хорни видит в необходимости помочь больному неврозом осознать свой «идеализированный образ» и его функции, тем самым показав, что подобные попытки разрешения конфликта не приводят к желаемому результату. В процессе аналитической работы она стремится путем раскрытия Идеализированного «Я» помочь пациенту в его подлинно человеческом развитии, разрывании его тенденций к самореализации, переориентации мыслей, чувств и жизненных планов. Осознание больным различных факторов своего существования должно быть действительным знанием, что достигается посредством эмоционального переживания. Аналитическую работу Хорни дополняет психосинтезом, пробуждением у пациента конструктивных сил, стремления к саморазвитию. Самореализация означает готовность к глубокому переживанию своих желаний и чувств, к выявлению своего предназначения в жизни и принятию ответственности как за себя, так и за других людей, к установлению дружеских, эмоционально окрашенных межличностных связей. В целом психотерапия служит устранению разрыва между реальным «Я» человека и его идеализированным «Я», образующимся в процессе невротического развития личности. Цель психотерапии по Хорни

можно выразить, перефразируя слова Фрейда: «Там, где было идеализированное «Я», должно быть реальное "Я"».

В характерологическом анализе используется прямое поощрение большей независимости, принятие личной ответственности, заинтересованность в познании истины о самом себе, самостоятельное осознание своих претензий, обязательств. Главная линия работы заключается в решении невротического конфликта. Если на начальных этапах терапии конфликт из-за своей невротической природы скрыт, то постепенно он начинает доходить до сознания, принимая сначала вид внешних конфликтов, а затем осознается как собственный в конкретной ситуации взаимоотношений с людьми. В завершение терапии пациент не только осознает невротический конфликт как внутренний, но и начинает понимать причины внутренних противоречий. С этого этапа невротический конфликт становится доступен анализу и самостоятельному рассмотрению пациента.

## ЛЕКЦИЯ 7

### **ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

**Особенности личностно-ориентированной психотерапии.** На становление психотерапии в нашей стране существенное влияние оказала концепция «психологии отношений» В.Н. Мясищева. Главная характеристика личности, по В.Н. Мясищеву (1960), – это система ее отношений, прежде всего, с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, поэтому они и являются движущей силой личности.

Патогенной основой различных форм неврозов, согласно представлениям В.Н. Мясищева, являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, – с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные



особенности таких отношений обуславливаются невыносимостью для человека той или иной ситуации. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

Личностно-ориентированная психотерапия является направлением, представляющее собой дальнейшее развитие учения В.Н. Мясищева о неврозах и их психотерапии. По основным своим теоретическим положениям личностно-ориентированная психотерапия может быть отнесена к психодинамическому направлению в психотерапии. Данное направление разрабатывалось в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Б.Д. Карвасарский, 1982, 1985, 1990; Г.Л. Исурина, 1983, 1992, 1994; В.А. Ташлыков, 1984, 1994, и др.). Становление личностно-ориентированной психотерапии как самостоятельного направления в психотерапии может быть отнесено к началу 1970-х гг. и включает в себя: 1) концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой; 2) биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках которой невроз понимается, прежде всего, как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений; 3) систему личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности.

**Задачи личностно-ориентированной психотерапии.** Задачи личностно-ориентированной психотерапии формулируются с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений в личности:

1. **Познавательная сфера** (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать: связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств; какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики; связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики; особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности; как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как оценивают их, какие

последствия имеет такое поведение; существующее рассогласование между собственным образом «Я» и восприятием себя другими; собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности; характерные защитные психологические механизмы; внутренние психологические проблемы и конфликты; более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений; собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

**2. Эмоциональная сфера.** Процесс психотерапии должен помочь пациенту получать эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью; пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться; пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций; научиться искренности в чувствах к себе и другим людям; стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций; научиться более точно понимать и принимать, а также вербализовать собственные чувства; раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными); модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими; произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

**3. Поведенческая сфера.** Процесс психотерапии должен помочь пациенту увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы; приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения; преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций; развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью; закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни; выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

**Процедура личностно-ориентированной психотерапии.** Ведущим психотерапевтическим лечением невротических состояний является метод пере-

стройки отношений. Этот метод может быть назван глубокой психотерапией.

На всех этапах терапии осуществляется два взаимосвязанных психологических процесса – осознание и реконструкция системы отношений.

**Осознание (инсайт)** заключается в понимании пациентом истинных источников собственных невротических расстройств.

**Реконструкция отношений** личности состоит в коррекции нарушенных и выработке новых, адаптивных отношений.

Пациент должен осознать связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, его нарушенными значимыми отношениями и возникновением невроза. Терапевт выступает в роли проводника в познании пациентом внутреннего мира собственной личности. Он пытается расширить у пациента область осознаваемого, помогает уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать его смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно натолкнуть пациента на звенья, связывающие различные аспекты его поведения и его эмоциональные особенности, обратить его внимание на то, что раскрывает уязвимые точки его личности.

Полезным приемом в этом процессе является привлечение внимания пациента к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с терапевтом и отношений со значимыми лицами в его жизни.

Самое главное и самое трудное при обсуждениях заключается в том, чтобы помочь пациенту понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, а внутренним конфликтом, в основе которого лежат неадекватные отношения, вследствие которых он не способен разрешить свои трудности. Конфликт же сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим соматонервнопсихическое функционирование пациента и вызывающим тем самым соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи и помогает терапевт пациенту осознать. Осознание психологических механизмов болезни отнюдь не является чисто рациональным, познавательным процессом: в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов.

Изменение отношений во внутренней структуре личности пациента осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов: **идентификации** и **интернализации**.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения пациента протекает обычно с определенными трудностями, противодействием, сопротивлением больного. Это сопротивление – реальный клинический факт, затруднение, возникающее при коррекции неадаптивного поведения пациента. Представляя собой проявление психологической защиты, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым тягостным переживаниям, а также на перестройку неадаптивного поведения. Сопротивление больного проявляется в общении с психотерапевтом в различных формах – в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявления своего заболевания, в неприятии реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями психотерапевта без должной их переработки.

Степень сопротивления, противодействия психотерапевтическому влиянию в процессе лечения может изменяться. Она повышается при несовместимости установок больного и психотерапевтического стиля психотерапевта, при явном игнорировании устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от него откровенности или активности, при неверии психотерапевта в возможности больного и при внутренней отрицательной позиции (критика без одобрения, ирония) и т.д. Следует отличать сопротивление от резистентности к психотерапии. Последняя может быть обусловлена такими характеристиками больного, как низкая мотивация к лечению вплоть до рентной установки, низкий интеллект или негибкость мышления, психический инфантилизм. Изменения в системе отношений больного и прежде всего, в самооценке тесно связаны с перестройкой его поведения. Важными являются направленная коррекция малоадаптивных форм поведения и выработка новых, более адекватных достигнутому уровню интеграции внутреннего мира пациента.

## ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ФОРМА

**Особенности и цели поведенческой психотерапии.** В настоящее время поведенческая психотерапия – это одно из ведущих направлений современной психотерапии. В самом общем виде поведенческую психотерапию можно определить как психотерапию, центрированную на изменении поведения. Однако при изменении поведения неизбежно происходят соответствующие трансформации и в других сферах – когнитивной, эмоциональной, волевой. Поэтому ряд авторов полагает возможным считать, что данное направление основано на психологии бихевиоризма и использует принципы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур (С.Л. Соловьева, 2007).

Ключевым понятием в поведенческой психотерапии является *«научение»*, под которым понимают изменения в поведении, возникшие в процессе жизнедеятельности или в результате тренировки. В отличие от обучения суть которого состоит в передаче и направленной организации знаний, научение – это процесс и результат выработки навыков.

На одном конце континуума процедур поведенческой терапии находится функциональный анализ поведения, который сосредоточивается исключительно на наблюдаемом поведении и отвергает все промежуточные когнитивные процессы; на другом – теория социального научения и когнитивная модификация поведения, которые опираются на когнитивные теории.

В настоящее время в поведенческой психотерапии сосуществуют три основные теории научения:

- *классическое обусловливание*, восходящее к экспериментальным традициям И.П. Павлова;
- *оперантное обусловливание*, связанное с именем Б.Ф. Скиннера и его модификациями поведения;
- *теория социального научения* А. Бандуры.

Основной задачей поведенческой терапии является формирование наиболее эффективных навыков и умений с помощью позитивных подкреплений. Чаще всего поведенческая терапия является краткосрочной, но и терапия, длящаяся от 25 до 50 занятий, также имеет место. Возможно и более длительное лечение. Имеет место постепенное сокращение числа занятий от одного раза в неделю до одного в две недели, до одного раза в месяц и т.д. Кроме того, постепенно уменьшается активность терапевта, занятия могут быть короче, чем прежде, иногда это возможны контакты с пациентом по телефону. Психотерапевтические отношения между пациентом и психотерапевтом носят

обучающий (воспитательный, образовательный) характер и могут быть определены как отношения типа «учитель–ученик».

Индивидуальная поведенческая психотерапия применяется для лечения невротических и психосоматических расстройств, аддиктивного и агрессивного поведения, нервной анорексии.

#### **Сеанс и этапы индивидуальной поведенческой психотерапии.**

В начале каждого занятия во время интервью совместными усилиями принимается решение, какой перечень проблем будет затронут. Формированию ответственности за свой результат способствует «повестка дня», благодаря которой удастся последовательно прорабатывать психотерапевтические «мишени». «Повестка дня» обычно начинается с короткого обзора опыта пациента с последнего занятия. Она включает «обратную связь» психотерапевта по поводу домашних заданий.

Затем пациента стимулируют высказываться, над какими проблемами он хотел бы работать на занятии. Иногда психотерапевт сам предлагает темы, которые считает целесообразным включить в «повестку дня». Отрабатываются техники. По окончании занятия суммируются (иногда письменно) наиболее важные выводы психотерапевтического сеанса, анализируется эмоциональное состояние пациента. Наконец, совместно с ним определяется характер самостоятельной домашней работы, задачей которой служит закрепление знаний или умений, полученных на занятии (см. А.А. Александров).

К процедурам поведенческой психотерапии относятся: 1) психотерапевтический контракт; 2) поведенческий и проблемный анализ; 3) интервью; 4) домашняя работа.

Выделяют следующий *этапы терапевтического процесса* в индивидуальной поведенческой психотерапии:

- 1) определение целей терапии (выделение поведения-мишени);
- 2) измерение базового уровня поведения-мишени до начала терапии;
- 3) выявление факторов влияющих на поведение-мишень (как запускающих стимулов, так и последствий поведения-мишени)»
- 4) формулировка гипотезы (определение, с помощью каких поддерживающих условий можно изменить в нужном направлении поведение-мишень);
- 5) проверка гипотезы;
- 6) изменение поведения-мишени с помощью терапии.

**Методы поведенческой психотерапии.** Развитие методических подходов в рамках этого направления отражает эволюцию целей поведенческой психотерапии от внешнего к внутреннему научению:

*от методов*, направленных на изменение открытых форм поведения, непосредственно наблюдаемых поведенческих реакций (основанных преимущественно на классическом и оперантном обусловливании);

*до методов*, направленных на изменение более глубоких, закрытых психологических образований (основанных на теориях социального научения, моделирования и когнитивных подходах).

В рамках поведенческой психотерапии можно выделить три основных вида или три группы методов, непосредственно связанных с тремя типами научения:

1. Методы, основанные на классической парадигме (систематическая десенсибилизация).

**Систематическая десенсибилизация.** Метод классической систематической десенсибилизации Вольпе, направленный на редукцию или полное уничтожение симптома путем замены его релаксацией.

В самой процедуре систематической десенсибилизации можно выделить три этапа: овладение методикой мышечной релаксации; составление иерархии ситуаций, вызывающих страх; собственно десенсибилизация (соединение представлений о ситуациях, вызывающих страх, с релаксацией).

Систематическая десенсибилизация может проводиться по методике, называемой *феддинг* (затухание), при которой вместо стимуляции воображения используются слайды с изображением объекта фобии или специальные кинофильмы, содержащие сцены, вызывающие страх (например, сцены полета на самолете при фобии полетов). Клиенты оценивают систематическую десенсибилизацию (десенсибилизацию) как весьма приемлемую форму терапии. Такая оценка связана с тем, что они погружаются в ситуации страха только до уровня, при котором они чувствуют себя комфортно.

Систематическая десенсибилизация может применяться при широком круге фобий, однако есть ограничения в ее использовании. Если тревога и страх связаны с реальным дефицитом определенных навыков, охраняют человека от дезадаптивного поведения, то прежде чем приступать к систематической десенсибилизации, пациент должен освоить соответствующие навыки, например, при страхе знакомства. Систематическая десенсибилизация также оказалась эффективной для решения таких проблем, как боязнь экзамена, страх выступления перед аудиторией, социальные тревоги и страхи, сексуальные нарушения.

2. Методы, основанные на оперантной парадигме (жетонная система).

3. Методы, основанные на парадигме социального научения (используют схему «стимул–промежуточные переменные–реакция»).

**Ролевая игра.** Ролевая игра используется для развития навыков и преодоления комплексов. В ролевой игре, посвященной эмоционально значимой теме, актуализируются дисфункциональные когнитивные структуры. В обратной ролевой игре психотерапевт может моделировать соответствующее поведение и проявить точку зрения другого человека на сложившуюся ситуацию. Происходит обучение эмпатии. Пример. Игровое моделирование со сменой ролей.

## ЛЕКЦИЯ 9 РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНАЯ ТЕРАПИЯ А. ЭЛЛИСА

**Основные положения концепции А. Эллиса.** РЭТ – метод психотерапии, развитый в 1950-х годах клиническим психологом Альбертом Эллисом. В РЭТ выделяется 3 ведущих психологических аспекта функционирования человека: мысли (когниции), чувства и поведение.

Эллис подчеркивает необходимость дифференцировать 2 типа когниции. *Дескриптивные когниции* содержат информацию о реальности, о том, что человек воспринял в мире; их можно было бы называть чистой информацией о реальности. *Оценочные когниции* отражают отношение к этой реальности; для их обозначения Эллис использовал термин belief – убеждение, вера (В).

В РЭТ предполагается, что дескриптивные когниции обязательно соединены с оценочными когнициями связями разной степени жесткости. С точки зрения РЭТ, не объективные события сами по себе вызывают у нас позитивные или негативные эмоции, а наше внутреннее восприятие их, их оценка. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого.

Расстройства в эмоциональной сфере, ряд психопатологических симптомов являются результатом нарушений в когнитивной сфере (таких, как сверхгенерализации, ложные выводы и жесткие установки). Эти нарушения в когнитивной сфере Эллис назвал иррациональными установками. С точки зрения Эллиса, это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями типа предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений; они носят абсолютистский характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если иррациональные установки не реализуются, они приводят к длительным, неадекватным ситуациям эмоциям, затрудняют деятельность индивида, мешают достижению целей. У нормально функционирующего человека имеется рациональная система оценочных когниции, которую можно определить как систему гибких связей между дескриптивными и оценочными когнициями. Эта система носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития событий, поэтому приводит к умеренным эмоциям. Хотя иногда они и могут носить интенсивный характер, однако не захватывают индивида надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не препятствуют достижению целей. Возникновение психологических проблем у пациента связано с функционированием иррациональных установок. Однако РЭТ сфокусирована не на генезе иррациональных установок, а на том, что поддерживает и укрепляет их в настоящем.



Эллис выделяет 4 группы иррациональных установок, которые наиболее часто создают проблемы у пациентов:

- установки долженствования;
- катастрофические установки;
- установка обязательной реализации своих потребностей;
- оценочная установка.

Философские источники РЭТ восходят к философам-стоикам. Эпиктет писал: «Людей расстраивают не события, а то, как они на них смотрят». Из современных психотерапевтов предшественником РЭТ был Альфред Адлер. «Я убежден, – говорил он, – что поведение человека берет начало в идеях... Человек не относится к внешнему миру predetermined образом, как часто предполагают. Он всегда относится согласно своей собственной интерпретации себя и своей настоящей проблемы... Именно его отношение к жизни определяет его связи с внешним миром» (А. Adler, 1964).

**Психотерапевтический процесс в рационально-эмотивной терапии.** Рационально-эмотивная терапия стремится к радикальному редуцированию долженствования, перфекционизма (стремления к совершенству), грандиозности и нетерпимости у пациентов.

Психотерапевтический процесс включает ряд последовательных этапов:

1) **принятие философии РЭТ.** Вводный этап;

2) **сбор информации о клиенте и выбор проблемы.** До начала когнитивной проработки проводится поведенческий анализ проблемы. Могут применять психологические методы, изучение интеллектуальных функций. Выбор проблемы определяется соглашением между клиентом и терапевтом;

3) **прояснение активизирующего события.** Основное внимание уделяется распознаванию активизирующего события, которое запускает всю последующую цепь эмоциональных и поведенческих реакций, облегчает в последующем идентификацию убеждений. Прояснение позволяет пациенту дифференцировать события, которые могут и не могут быть изменены. При этом цель психотерапии – не поощрить больного к уходу от проблемной ситуации без изменения ее (например, переход на новую работу при наличии конфликта с начальником), а сначала осознание системы убеждений (рациональных и иррациональных), коррекция иррациональных, и только после этого принятие решения (об увольнении с работы). В противном случае пациент сохраняет потенциальную уязвимость в подобных ситуациях;

4) **работа над последствиями.** Выбор определенных последствий – это выбор цели терапии. Он предопределяет и поиск соответствующих установок. В качестве последствий выступают симптомы, трудноуправляемые поведенческие реакции, эмоциональные рас-

стройства. В то время как описание симптомов, неадекватных поведенческих актов не вызывает затруднений, описание эмоциональных реакций нередко создает сложности;

5) **идентификация установок.** Задача этого этапа – выявление иррациональных убеждений, связанных с проблемной ситуацией. Для решения этой задачи пациент должен научиться различать дискриптивные и оценочные суждения, рациональные и иррациональные убеждения;

б) **диспут.** Чтобы начинать следующий этап, получивший название диспута, дискуссии, дискутирования, пациент должен четко осознавать связь между оценочными когнициями и последствиями воздействия события. Это создает у него дополнительную мотивацию к продолжению терапии помимо наличия симптомов и хронических негативных эмоций.

Диспут – это оспаривание истинности иррациональных установок, рассмотрение их с разных позиций, демонстрация неизбежности возникновения негативных последствий при сохранении таких установок. Может быть использован когнитивный, образный, поведенческий диспут;

7) **закрепление изменений.** Опровержение иррациональных убеждений, замена их на рациональные – процесс длительный и предполагает использование разнообразных методов и приемов. Поэтому РЭТ не отказывается и от таких форм, как самостоятельное чтение специальной литературы, дискуссии, беседы, лекции, ведение записей и дневников и др.

**Психотерапевтические отношения. Показания к применению рационально-эмотивной терапии.** Терапевтические отношения в рационально-эмотивной терапии строятся на безусловном принятии пациентов. Однако теплота и поддержка часто помогают пациентам жить с нереалистическими понятиями. Нереалистические понятия, самопоражающие долженствования и приказания пациентов, должны подвергнуться активно-директивной, когнитивно-эмотивно-поведенческой «атаке». Сущностью эффективной психотерапии, согласно РЭТ, является сочетание полной терпимости к пациенту (безусловное его принятие) с борьбой против его самопоражающих идей, черт и поступков.

Показаниями к применению РЭТ является: а) плохая приспособляемость; б) умеренная тревожность; в) супружеские проблемы; г) сексуальные нарушения; д) неврозы; е) расстройства характера; ж) аддиктивное поведение; з) синдром пограничного расстройства личности; и) психосоматические проблемы.

Однако не все перечисленные категории больных лечатся с одинаковой эффективностью. Как и при других видах психотерапии, РЭТ наиболее эффективна при мягких расстройствах или в случаях с моносимптомом (например, сексуальная неадекватность).

**КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ А. БЕКА**

**Основные положения когнитивной психотерапии А. Бека.** Основные положения когнитивной психотерапии были сформулированы А. Беком независимо от А. Эллиса. Как самостоятельное направление когнитивной психотерапии сформировалось уже позже – в 1960-е гг. Когнитивная психотерапия представляет собой развитие поведенческой психотерапии, в которой эмоциональные реакции и психические расстройства связываются с неправильным (искаженным) познанием и самопознанием. Люди страдают от собственных неадаптивных мыслей.

Когнитивная психотерапия исходит из того, что восприятие объекта или события опосредуется мышлением. И, только осознав это опосредующее звено, можно понять реакцию индивида, прежде всего ее эмоциональные и поведенческие аспекты. Схема взаимодействия окружения и индивида представляется в виде S–O–R (стимул– реакция с промежуточной переменной O, включающей, прежде всего, когнитивную переработку воспринятого). Когнитивная психотерапия исходит из положения, что психологические нарушения, предшествующие этапу нейрофизиологических расстройств, связаны с аберрацией мышления. Под *аберрацией мышления* Бек понимал нарушения на когнитивной стадии переработки информации (обозначение, селекция, интеграция, интерпретация), которые искажают видение объекта или ситуации. Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и самосигналов, а следовательно, неадекватных эмоциональных реакций. Поэтому целью когнитивной психотерапии является исправление неадекватных когниций. При когнитивной психотерапии считается весьма желательным максимальное использование опыта пациента в позитивном решении жизненных задач и генерализации правил их решения на проблемные сферы. Когнитивная психотерапия наиболее показана людям со способностью к самонаблюдению и анализу своих мыслей.

В терапевтическом изменении взаимодействуют когнитивный, эмоциональный и поведенческий каналы. Ведущее значение отдается когнитивному каналу. Когнитивные изменения происходят на трех уровнях: произвольные мысли, автоматические мысли, убеждения.

**Психотерапевтические отношения.** Когнитивная психотерапия предполагает взаимное сотрудничество психотерапевта и пациента при отношениях между ними, близких к партнерским.

Пациент и психотерапевт должны в самом начале достичь согласия в отношении цели психотерапии, средств ее достижения, возможной продолжительности лечения.

Чтобы психотерапия была успешной, пациент должен в общем принять базисное положение когнитивной психотерапии о зависимости эмоций от мышления: «Если мы хотим изменять чувства, надо изменять вызвавшие их идеи».

**Этапы психотерапевтического процесса в когнитивной психотерапии.** Установление контакта может начаться с принятия психотерапевтом некоторых представлений пациента о болезни с постепенным переводом его на позиции когнитивной психотерапии. Слепое следование за психотерапевтом и повышенный скептицизм – два полюса негативного отношения к предстоящему лечению. Поэтому приведение подобных позиций к центру – залог успешности психотерапии. Важная задача начального этапа – *сведение проблем* (идентификация проблем, имеющих в основе одни и те же причины, и их группировка). Эта задача относится как к симптомам (соматическим, психопатологическим), так и к эмоциональным проблемам. Следующий этап – осознание, *вербализация неадаптивных когниций*, искажающих восприятие реальности. Для этого может быть использовано несколько приемов, например, экспериментальный метод. В этом случае пациент получает подробные представления о некоторых положениях когнитивной психотерапии с обращением особого внимания на необходимость проведения различий между объективной реальностью (сенсорный уровень обработки информации) и воспринятой реальностью. Экспериментальный метод предполагает погружение пациента в значимые ситуации, в том числе по принципу «здесь и теперь» в присутствии психотерапевта. Обращение внимания пациента на параллельно текущий поток мыслей в такой ситуации, вербализация этих мыслей, обучают пациента методике последовательного анализа своего восприятия объекта или события.

Следующий этап условно получил название – этапа *изменения правил регуляции поведения*. Согласно когнитивной психотерапии, люди для регуляции своей жизни и поведения других используют правила (предписания, формулы). Эта система правил в значительной степени предопределяет обозначение, истолкование и оценку событий. Правила регуляции поведения, которые носят абсолютный характер, влекут за собой регуляцию поведения, не учитывающую реальной ситуации и поэтому создающую проблемы для индивида. Для того чтобы у пациента не было таких проблем, ему необходимо модифицировать их, сделать их менее генерализованными, менее персонифицированными, более гибкими, больше учитывающими реальность.

**Когнитивные стратегии и методы.** Когнитивные техники основаны на изменении неадекватных стереотипов мышления, представлений, основываясь на которых личность реагирует на внешние события. Принципиальная задача каждой когнитивной техники – изменение дисфункционального мышления. Поведенческие изменения воз-

никают как результат когнитивных изменений. Остановимся подробнее на некоторых когнитивных техниках и приемах.

Метод *«Запись дисфункциональных мыслей»*. Данный метод полезен для обучения определению различных эмоций и разных градаций их интенсивности, для получения показателей реакций других людей в процессе взаимодействия, для приобретения обратной связи относительно уместности реакций пациента, с последующим обсуждением альтернатив таких реакций. Особенности проведения: 1. Запись автоматических мыслей с психотерапевтом на сессии. 2. Самостоятельная запись автоматических мыслей на сессии. 3. Самостоятельная запись автоматических мыслей в домашних условиях.

Техника *«Негативное воображение»*. Это техника, когда клиент погружается в воображении в проблемную ситуацию (А), лучше в один из худших ее вариантов и пытается вызвать у себя прежние негативные переживания (П). В случае появления таких эмоций его просят осознать свой внутренний саморазговор. Потом ему предлагают снизить уровень испытываемых отрицательных эмоций, дойдя до минимально возможного. При достижении такого состояния он может открыть глаза и должен сформулировать новый саморазговор, новые рациональные убеждения, с помощью которых ему удалось уменьшить интенсивность эмоций. В дальнейшем клиент должен неоднократно повторять это упражнение, все более кратко и отчетливо формулируя новые рациональные убеждения.

Для закрепления результатов самостоятельные домашние задания должны выполняться ежедневно в течение месяца в этой же технике.

Метод *«Когнитивная реатрибуция»*. Метод, описанный А. Бекком в 1979 г., представляет собой последовательность действий с целью изменения патологизирующих пациента автоматизированных «цепочек мыслей». Включает три группы приемов.

1. Проверка наполненности когниций пациента реальным содержанием. Осуществляется переход к более содержательному и многостороннему представлению об объекте патологизирующей пациента цепочки суждений (своем «Я», сфере деятельности, взаимоотношениях с другим человеком и т.п.).

2. Реатрибуция – помощь пациенту в выявлении несостоятельности представлений о причинах в патологизирующей его цепочке суждений. Объектом воздействия на этой стадии являются здравые суждения, которыми пациент привычно обосновывает свое чувство вины, тревогу, неполноценность, проявления агрессивности.

3. Закрепление новых атрибуций (в дискуссии, ролевой игре, в повседневной жизни).

Применение метода в психотерапевтической практике свидетельствует о ее эффективности при депрессивных неврозах, реактивных депрессиях, фобиях, истерических реакциях, зависимостях (наркотики, алкоголь). Противопоказано применение при психотических нарушениях.

## КЛИЕНТЦЕНТРИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ К. РОДЖЕРСА

**Теория клиентцентрированной терапии К. Роджерса.** Роджерс выдвинул модель изменения в психотерапии, известную под названием «модель роста». Для роста растения необходимы определенные условия: та или иная температура, влажность, освещение. Эти условия помогают, способствуют росту, собственной программе развития растения. Однако они не могут извне внести изменения в нее: изменяя влажность, нельзя превратить ель в зеленый горошек. Для личностного роста, очевидно, тоже можно отыскать благоприятные условия.

Краеугольным камнем концепции К. Роджерса является идея о том, что человек обладает собственной, изнутри идущей активностью, стремлением к росту, прогрессу, к реализации своего внутреннего потенциала. Он не нуждается в надзоре и управлении. Единственное, что может сделать психотерапевт, – это способствовать развитию собственной активности человека. Какие же условия будут благоприятствовать личностному росту человека? Анализируя записи терапевтических бесед, Роджерс выделил три условия взаимодействия терапевта и клиента, которые могут быть благоприятными для роста: подлинность, безусловное принятие другого человека и способность к эмпатическому пониманию со стороны психотерапевта.

Теория терапии К. Роджерса основывается на следующих базовых понятиях: феноменологическое поле, организмический оценочный процесс, стремление к развитию и самоактуализации, самость, реальная и идеальная самость.

Клиентцентрированная терапия, основанная на феноменологической концепции, отличается следующими особенностями. Использование автором понятия «клиент» наряду с «пациент» подчеркивает признание потенциала самостоятельности, активности больного на всех этапах психотерапии, начиная с постановки задачи. Суть метода заключается в том, что психотерапевт входит в такой контакт с пациентом, который воспринимается им не как лечение и изучение его с целью диагностики, а как глубоко личный контакт.

Согласно Роджерсу, индивид взаимодействует с реальностью, руководствуясь врожденной тенденцией организма к развитию своих возможностей, обеспечивающих его усложнение и сохранение. Осуществляется организмический оценочный процесс: организм испытывает удовлетворение при тех стимулах или поведенческих актах, которые усложняют и сохраняют организм и «Я» как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном будущем; поведение направлено в

сторону приближения к положительно оцениваемым опытным данным и избегания данных, получивших отрицательную оценку.

По мере возникновения *осознания «Я»* у индивида развивается потребность в положительной оценке значимым окружением. В дальнейшем удовлетворение или фрустрация положительной оценки начинает переживаться независимо от взаимодействия с социумом и обозначается как самооценка. Так как Я-переживания индивида воспринимаются значимыми людьми как менее или более заслуживающие положительной оценки (т.е. Я-переживания приобретают условия оценки), то и самооценка становится селективной. Из-за этой избирательности опыт воспринимается тоже селективно, на основе условий оценки он может быть искажен и неосознаваем.

Вследствие этого индивид утрачивает интеграцию, его концепция «Я» включает искаженные восприятия, неправильно репрезентирующие опыт; поведение регулируется то со стороны «Я», то теми аспектами опыта, которые не включены в «Я», что сопровождается напряженным и неадекватным функционированием. Это главное отчуждение в человеке. Он изменяет природному, организмическому оцениванию, которое перестает быть регулятором поведения. Ради сохранения положительной оценки индивид начинает фальсифицировать свои переживания и воспринимать их по критерию ценности для окружающих. Как следствие такой неконгруэнтности (несоответствия) между «Я» и опытом возникает неконгруэнтность в поведении и процесс защиты. Однако если степень неконгруэнтности велика, то защита не срабатывает и тогда имеет место дезорганизация функционирования индивида.

#### ***Особенности клиентцентрированной терапии К. Роджерса***

- Сам клиент стремится к выздоровлению. Роль терапевта состоит в том, чтобы использовать это стремление и направить клиента по нужному руслу.

- Клиент является свободным в своем волеизъявлении и изменении человеком. Терапевт способен лишь отразить, «отзеркалить», выразить в словах чувства клиента и тем самым помочь в их прояснении и осознании.

- «Клиент», а не «терапевт», является ключевой фигурой процесса; во-первых, потому, что никто лучше не понимает человека, чем он сам; никто лучше не может ему помочь, чем он сам; никто лучше не знает направления, в котором эта помощь могла бы осуществляться, чем он сам.

- Отказ от роли терапевта в качестве эксперта и модификатора поведения. Терапевту отводилась почетная роль «фасилитатора» и «садовника», создающего необходимые и достаточные условия для самоизменения клиента.

- Акцент делается на эмоциональных нежели интеллектуальных аспектах сессии.

- Терапия больше ориентируется на непосредственную конкретную ситуацию (здесь и теперь), а не на прошлый опыт клиента.

**Организации психотерапевтического процесса в клиентцентрированной психотерапии.** Роджерс с максимальной скрупулезностью дает определения необходимых и достаточных условий терапии, среди которых основными были и остались в более поздних модификациях теории качества терапевта и отношений «терапевт–клиент»: конгруэнтность терапевта, эмпатийность, безусловное положительное отношение к клиенту.

В качестве важнейшей характеристики эффективности терапии Роджерс вводит не столько ее результат, сколько процессуальное движение, движение и развитие диады «терапевт–клиент» в условиях определенным образом организованного процесса. Если соблюдаются необходимые и достаточные терапевтические условия, то с известной мерой достоверности следует ожидать позитивных изменений клиента.

Роджерс формулирует *шесть терапевтических условий*, гипотез. Если соблюдаются необходимые и достаточные терапевтические условия, то с известной мерой достоверности следует ожидать позитивных изменений клиента.

1. Два человека находятся в психологическом контакте.
2. Один человек, клиент, находится в состоянии повышенной тревоги, ранимости и неконгруэнтности.
3. Второй человек в психологическом контакте является конгруэнтным в отношениях, гармоничным и интегрированным как личность.
4. Психотерапевт испытывает безусловное позитивное отношение к клиенту.
5. Психотерапевт стремится к эмпатическому пониманию ранней системы координат клиента и стремится передать это понимание клиенту.
6. Клиент переживает хотя бы в малой степени безусловное положительное отношение и эмпатию терапевта.

**Последовательность психотерапевтического процесса в клиентцентрированной психотерапии. Показания к применению.** В клиентцентрированной психотерапии подчеркивается роль выражения чувств как клиентом, так и самим психотерапевтом, что способствует быстрому психотерапевтическому эффекту. Выделяют следующие шаги психотерапевтической помощи клиенту:

1. Клиент обращается к психотерапевту за помощью.
2. Психотерапевт уточняет причину обращения, то есть «определяет ситуацию». Психотерапевт создает атмосферу, располагающую к свободному самовыражению клиента.
3. Психотерапевт принимает клиента таким, какой он есть, и помогает лучше понять самого себя.



4. Постепенно выражение позитивных чувств становится все более частым и стабильным.

5. Психотерапевт выявляет движущие силы (истинные причины, импульсы) положительных реакций клиента.

6. Клиент ненасильственно (а за счет создания благоприятной атмосферы искреннего общения) подводится к *инсайту* (озарению, догадке об истинных причинах своей проблемы).

7. Клиент сознательно приходит к выбору правильной стратегии поведения (психотерапевт лишь помогает точнее осознать этот выбор).

8. Клиент начинает совершать реальные действия, направленные на осуществление выбранной стратегии.

9. По мере убеждения клиента в успешности предпринимаемых действий у него возрастает способность *инсайта* (озарений, открытий своих резервных возможностей и путей их реализации).

10. Это (п. 9) способствует обретению уверенности в себе и чувству независимости (способности к самостоятельному решению своих проблем); растет независимость.

11. А это (п. 10), в свою очередь, постепенно снижает потребность в посторонней помощи и подкрепляет возрастающее чувство независимости конкретными самостоятельными решениями и действиями.

**Показания к психотерапии** основываются не столько на наличии клинических симптомов, сколько на состоянии клиента и его возможности участвовать в психотерапевтическом процессе.

- Индивид испытывает напряжение вследствие внутриличностного конфликта, конфликта требований внешней среды и индивидуальных потребностей, этот стресс сильнее того, который может испытывать индивид при консультировании.

- Индивид обладает определенной способностью справляться со своими жизненными трудностями, он обладает адекватной устойчивостью и достаточными возможностями для того, чтобы контролировать свою ситуацию.

- Клиент способен выражать это напряжение и конфликты вербально либо иными средствами. Осознанная потребность в помощи предпочтительна, но не необходима.

- Клиент в достаточной степени независим эмоционально, а также физически от непосредственного семейного контроля.

- Клиент не страдает от чрезмерной неустойчивости, особенно органического происхождения.

- Клиент обладает достаточным интеллектом (средним или высоким), чтобы справиться со своей жизненной ситуацией.

- Клиент подходит по возрастному критерию – достаточно взрослый для независимых поступков и достаточно молодой, чтобы сохранить некоторую гибкость при адаптации (10–60 лет).

## ГЕШТАЛЬТТЕРАПИЯ Ф. ПЕРЛЗА

**Феноменология и базовые принципы гештальттерапии.** Гештальттерапия основывается на клинико-феноменологическом подходе. Феномен – это явление, данное нам в опыте чувственного познания, в отличие от ноумена постигаемого разумом. Феноменология – это учение о явлении. Н. Гартман рассматривает непредвзятое выявление и описание феноменов как первую ступень систематической работы мысли, за которой следуют проблематизация и теория. Следовательно, феномены описываются, а не объясняются. Методология гештальттерапии – феноменологически точно описать, то что есть, то что происходит и решение придет к клиенту. Помощь клиенту в максимально точном описании своего состояния. Описать не только факт, но и то, почему он (клиент) об этом подумал. Описывая феномены, человек начинает ориентироваться в ситуации. У него возникает осознание своих потребностей и возможных способов их удовлетворения. Становится возможным контактирование с реальностью. В реальном контакте человек не столько решает проблему, скорее вырастает из нее.

Феноменологический подход диктует принципы гештальттерапии:

1) **«сейчас».** «Сейчас» – это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент. Например, акт воспоминания далекого прошлого является частью «сейчас», а то, что происходило несколько минут назад, не является «сейчас»;

2) **«я–ты».** Выражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Часто свои высказывания члены психотерапевтической группы направляют не по адресу – конкретному участнику, а в сторону или в воздух, что обнаруживает их опасения и нежелание говорить прямо и однозначно. Психотерапевт побуждает участников группы к непосредственному общению, просит адресовать конкретные высказывания конкретным лицам. Прямая конфронтация мобилизует аффект и живость переживания;

3) **субъективизации высказываний.** Связан с семантическими аспектами ответственности пациента. Психотерапевт предлагает пациенту заменять объективизированные формы (типа «что-то давит в груди») на субъективизированные («я подавляю себя»). Это помогает пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не как пассивный объект, с которым «делаются» разные вещи;

4) **континуум сознания.** Является неотъемлемой частью всех технических процедур, но может использоваться и в качестве отдельного метода. Это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний, метод подведения индивида к непосредственному пере-

живанию и отказу от вербализаций и интерпретаций, одно из центральных понятий гештальттерапии. Пациент должен постоянно осознавать или отдавать себе отчет в том, что происходит с ним в данный момент, он должен замечать малейшие изменения в функционировании организма. Осознание чувств, телесных ощущений и наблюдение за движениями тела (понимание «языка тела») способствуют ориентации человека в самом себе и в своих связях с окружением.

Основной теоретической посылкой гештальттерапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор. Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в «данный момент», то психотерапевтическая работа проводится сугубо в ситуации «сейчас». Психотерапевт внимательно следит за изменением в функционировании организма пациента, побуждает его к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, с тем, чтобы замечать, как он препятствует процессу саморегуляции организма, какие блоки он использует для избегания конфронтации со своим настоящим, для «ускользания из настоящего». Большое внимание психотерапевт уделяет «языку тела», являющемуся более информативным, чем вербальный язык, которым часто пользуются для рационализации, самооправданий и уклонения от решения проблем. Психотерапевта интересует, что делает пациент в данный момент и как он это делает, например, сжимает ли кулаки, совершает мелкие стереотипные движения, отводит в сторону взгляд, задерживает дыхание. Таким образом, в гештальттерапии акцент смещается с вопроса «почему?» на вопрос «что и как?». Фрагментирование личности часто устанавливается по рассогласованию между вербальным и невербальным проявлениями.

#### **Понятие о контакте в гештальттерапии. Концепция невроза.**

Гештальттерапия интересуется осознанием в поле «организм – окружающая среда» и фокусируется на отношениях элементов этого поля, но больше – на отношениях человека со средой. Отсюда ведущее понятие – контакт». В гештальттерапии *контакт* – это качество осознания, которое включает встречу с различиями. Без отличий контакта нет. Перлз определяет контакт как сенсорное осознание и моторное поведение (Перлз, 2001). Признаком контакта является возбуждение, оно сопровождает встречу с другим. Контакт может быть описан в терминах его отличительных характеристик: контактная граница и «фигура-фон».

Контактная граница и разделяет, и связывает одновременно. Она подразумевает и различия между элементами, которые встречаются, и единство их встречи, целостность, созданную этой встречей. Контакт-

ная граница принадлежит самой себе, встрече и никогда элементам. Она существует так долго, как существует событие само по себе. Контактная граница исчезает, когда встреча заканчивается.

По отношению к опыту поле восприятия всегда подразделяется на центр и периферию. Центр – это передний план, «фигура», или гештальт, периферия – это задний план, или «фон». Такая первичная структура известна как «**фигура-фон**» соотношение: на переднем плане располагается что-то центральное и важное для настоящего момента. «Фон» включает что-то нерелевантное, неважное или несущественное для настоящего момента. Когда контакта нет, поле не дифференцировано, нет фигуры и нет фона. Когда человек заинтересовывается, появляются «фигура» и «фон». В то время как фигура развивается с каждым мгновением, с каждым моментом, поле (передний и задний план) последовательно реорганизуется. Такой процесс называется процессом *формированием «фигуры»*, или циклом контакта.

Модель контакта позволяют определить ту фазу цикла, в которой происходит блокада (прерывание) контакта с потребностью, и тип этого прерывания. По Гудмену, например, такой цикл имеет четыре фазы. Это преконтакт, контакт, финальный контакт и постконтакт.

В *преконтакте* присутствуют элементы поля, но нет «фигуры». Но было бы неверным утверждать, что все есть «фон», так как «фон» всегда заключает (подразумевает) в себе «фигуру». Более того, поле не дифференцировано по отношению к «фигуре» и «фону». Контакт с его неизбежным делением поля на то, что является релевантным по отношению к возникновению «фигуры», а что нет, еще не осуществлен.

**Фаза контакта** (контактирования), «фигура» начинает формироваться и развиваться. Недифференцированное поле разбивается на первичные полярности – «фигуру» и «фон». Некоторые элементы поля становятся более определенными, попадают в центр интереса и включаются в него, внося вклад в энергию сформированной «фигуры». Другие элементы, чуждые формированию фигуры, остаются в фоне, остатке поля «организм–среда».

Характеристикой фазы контактирования является нарастающее возбуждение, которое связано с появлением новизны. Новизна инициирует эту фазу контакта. Она вызывает возникновение «фигуры» путем инициального контакта и осознания. В целом новым является осознание индивидом своей потребности (аппетит, любопытство, боль, сильное желание, требования, обстоятельства). Потребность может находиться где-либо в поле – у индивидуума или в среде.

Момент креативного синтеза, который формирует кульминацию «фигуры», называется **финальным контактом**. Здесь «фигура» приобретает свою зрелую форму. Характеристики, которые ее определяют, являются полностью завершенными. На этой фазе то, как фигура

проявляет фон, становится менее важным. Главное то, что индивид является полностью поглощенным «фигурой» и его чувство себя отступает или даже исчезает.

Четвертая фаза – **постконтакт**. Это фаза, в которой «фигура» разрушается. Новый рост интегрируется, и поле приспособливается к новой ситуации. Это фаза ассимиляции. Ранняя часть данной фазы может включать определенное количество осознанного смакования и переоценки, но по большей части постконтакт неосознан. Это время, когда возбуждение угасает и активность тоже. Большинство постконтактов вегетативны.

На метаболическом уровне (в метафоре пищеварения) эти четыре фазы контакта включают голод, поиск пищи в среде, нахождение ее, кусание, опробование на вкус, проглатывание, переваривание, усвоение и удаление.

Признаками хорошо работающего формирования и разрушения фигуры являются спонтанность, риск, игривость (в пищевой метафоре: аппетит, вкус и удовольствие от еды).

**Механизмы прерывания контакта.** Механизмы прерывания контакта лежат в основе формирования невротического поведения человека.

**Дефлексия** – способ снятия напряжения реального контакта. Проявляется в уклонении от прямого контакта, игнорировании стимулов из окружающей среды.

При **конфлюэнции** у человека имеются сложности с различием между собой и средой. Человек не в состоянии четко определить, где оканчивается его Я и начинается Я другого человека. Конфлюэнция делает невозможным саморегулирующийся ритм контакта и отхода, а также формирование гештальта.

**Интроекция** – тенденция присваивать себе убеждения, способы мышления и поступки других людей без критики и попытки сделать их своими собственными. Может привести к сдвиганию контактной границы вглубь человека так, что от его собственных желаний и стремлений ничего не остается. Собственные потребности, несовместимые с «проглоченными» интроектами, ведут (а часто и в прямом смысле) к несварению желудка и тошноте.

При **ретрофлексии** человек проводит границу между собой и миром достаточно четко, но внутри своего организма. Индивид разделяет себя на субъект и объект. У него возникает тенденция взаимодействовать не с реальностью, а с самим собой. Все усилия человека направлены не на борьбу с внешними трудностями, а на самоосуждение, самобичивание, в лучшем случае на самокоррекцию эмоций и поведения.

**Проекция** – склонность переносить на окружающих ответственность за то, что имеет причину в самом человеке. При проекции инди-

вид сдвигает и контактную границу «в свою пользу», снимая с себя ответственность за собственные чувства и желания. Для человека с проекцией весь внешний мир становится ареной внутренних конфликтов.

Для работы с механизмами прерывания контакта используют следующие **техники и процедуры** гештальттерапии:

1. Диалог между частями собственной личности.
2. Незаконченное дело.
3. Проективная игра.
4. Выявление противоположного (реверсия).
5. Упражнения на воображение.

Большое внимание уделяется в гештальттерапии работе со сновидениями и фантазиями пациентов.

Гештальттерапия наиболее эффективна при лечении неврозов. При работе с психотическими пациентами ее рекомендуют проводить достаточно длительно и осторожно.

## ЛЕКЦИЯ 13

### ЛОГОТЕРАПИЯ В. ФРАНКЛА

**Базовые понятия логотерапии.** Логотерапия является Третьей венской школой психотерапии, занимается смыслом человеческого существования и поисками этого смысла. Первые две школы – это психоанализ Фрейда и индивидуальная психология Адлера. Франкл считал, что каждое время имеет свой невроз и каждое время должно иметь свою психотерапию. Современный пациент страдает не от подавления сексуального инстинкта и не от собственной неполноценности, а от бессмысленности существования. Основной человеческой потребностью, по Франклу, является **воля к смыслу**. Под «волей к смыслу» подразумевают стремление человека к осуществлению наибольшего смысла его существования и реализации в своей жизни максимума ценностей. Франкл дает содержательную характеристику возможных позитивных смыслов. Он вводит представление о ценностях как смысловых универсалиях, являющихся результатом обобщения типичных ситуаций, с которыми обществу и человеку пришлось сталкиваться в истории. Ценности позволяют обобщить пути, с помощью которых человек делает свою жизнь осмысленной: посредством того, что он дает жизни; посредством того, что он берет от мира; посредством его позиции по отношению к судьбе, которую он не в состоянии изменить. В соответствии с таким подходом выделяют **три группы ценностей**: ценности творчества; ценности переживания; ценности отношения.

В. Франкл считал, что смыслы не изобретаются, не создаются самим индивидом, их нужно искать и находить. Смыслы не даны чело-

веку изначально. Человек не может выбрать себе смысл, он может выбрать лишь призвание, в котором и обретет смысл.

Невозможность удовлетворения воли к смыслу ведет к возникновению экзистенциальной фрустрации. Экзистенциальная фрустрация сама по себе не патогенна, но может привести к возникновению в духовной сфере бытия человека экзистенциального вакуума. **Экзистенциальный вакуум** – это переживание тотальной нехватки, или потери, основного смысла существования. Он характеризуется пустотой, состоянием внутренней опустошенности. Пациенты, подпадающие под эту диагностическую категорию, часто жалуются на чувство тщетности и бессмысленности или пустоты и вакуума. Экзистенциальный вакуум может быть явным или оставаться скрытым. Он является причиной возникновения ноогенных неврозов. Франкл называл духовное – ноологическим, чтобы исключить религиозный оттенок.

Ноогенные неврозы возникают не в связи с конфликтами между влечением и сознанием, а из-за конфликтов между различными ценностями. В основе ноогенного невроза лежит духовная проблема, моральный конфликт или экзистенциальный кризис. Фрустрированная потребность в смысле может компенсироваться стремлением к власти или к удовольствию, тогда возникают психогенные неврозы. При возникновении как ноогенных, так и психогенных неврозов показана логотерапия.

**Логотерапия** – это такая психотерапия, которая центрируется на жизненном смысле и на поиске человеком этого смысла. **Логос** – значит «смысл», а также «дух». Франкл утверждает, что смысл человеческого бытия и человеческая воля к смыслу доступны только через подход, ведущий в специфическое измерение – духовное измерение бытия.

Рассуждения о человеке в терминах его духовного, ментального и телесного уровней или слоев могут привести к представлению о том, что любой из этих аспектов может быть отделен от других. Но это не разрушает целостность человека, если человеку доступен духовный уровень. Выход на духовный уровень в поиске смысла и его дальнейшая реализация в жизни дает такое напряжение, которое необходимо для психического здоровья человека.

Логотерапия как психотерапевтический метод сводится к уравнению с двумя неизвестными:  $F = x + y$ , где  $x$  обозначает неповторимость и уникальность личности пациента, а  $y$  – не меньшую неповторимость и такую же уникальность личности терапевта. То, что верно для психотерапии в целом, особенно верно в отношении логотерапии. Франк предлагал дополнить, приведенное выше уравнение:  $F = x + y = z$ , где  $z$  – плюс-фактор. Что же такое представляет из себя этот плюс-фактор пояснил Петрилович, показав, что логотерапия не противопоставлена другим психотерапевтическим методам в лечении неврозов, а возвышается над ними и проникает вглубь специфически

человеческих феноменов. Речь при этом идет о двух фундаментально-антропологических характеристиках человеческого существования: во-первых, о способности человека к *«самотрансценденции»* и, во-вторых, о не менее выдающейся и характерной для человеческого бытия как такового, способности к *«самодистанцированию»*. Самотрансценденция отмечает тот фундаментальный антропологический факт, что человеческое бытие всегда обращено на что-то, чем оно само не является, – на что-то или на кого-то либо на некий смысл, который необходимо осуществить, либо на бытие близкого человека, с которым оно соотносится. Действительно, человек всецело становится человеком и находит самого себя тогда и только тогда, когда он преданно и самоотверженно служит какому-то делу, с головой уходит в решение какой-то задачи или посвящает себя любви к другому человеку, переставая думать о себе, буквально забывая самого себя. На этих двух онтологических характеристиках человека основывается механизм действия методов парадоксальной интенции Франкла, которая применяется при лечении фобий, obsессий и дерефлексии, используемой при лечении сексуальных неврозов.

**Техники логотерапии. Показания к применению.** *Техника парадоксальной интенции* применяется при краткосрочном лечении obsессивно-компульсивных и фобических пациентов. Она описана в 1946 году в оригинальной немецкой версии одной из английских книг Франкла «Доктор и душа» и в других работах.

Чтобы понять это, надо принять во внимание феномен, именуемый «страх ожидания». Под этим подразумевается ответ и реакция на событие в условиях ожидания повторения события. Задача парадоксальной интенции – лишить движущей силы страх ожидания. Выражаясь в двух словах, пациента поощряют делать или желать те самые вещи, которых он боится. Иначе патогенный страх заменяется парадоксальным желанием.

*Техника дерефлексии* предназначена противодействовать компульсивной склонности человека к самонаблюдению. Другими словами, в этих случаях должно быть достигнуто нечто большее, чем попытка посмеяться над проблемой, необходимо научиться до некоторой степени *игнорировать* проблему. Деревлексия в своем крайнем варианте предполагает игнорирование самого себя.

Если в психоанализе рассматривается психодинамика, то в логотерапии – ноодинамика. Ноодинамика – это динамика в поле напряжения между полюсами, представленными человеком и смыслом, который взывает к нему. Ноодинамикой жизнь человека приводится в порядок и структуру, как «железные опилки в магнитном поле». Она оставляет человеку свободу выбора между реализацией смысла или уклонением от смысла, который ждет своей реализации.



**Показания к применению логотерапии.** При ноогенных неврозах логотерапия показана, поскольку эти неврозы являются узкой областью показаний именно для логотерапии. В рамках этой области логотерапия, действительно, заменяет собой психотерапию. Но есть и более широкая область показаний для логотерапии, которую представляют неврозы в узком смысле слова, то есть не ноогенные, а психогенные неврозы. И в этой области логотерапии является не заменой психотерапии, а лишь ее дополнением.

Логотерапия может дополнять собой не только психотерапию: она служит хорошим дополнением и к соматотерапии, или, лучше сказать, симультанной соматопсихической терапии, в процессе которой усилия направлены не только на соматическое, но и на психическое.

## ЛЕКЦИЯ 14

### ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

**Терапия, ориентированная на тело. Метод В. Райха.** В телесно-ориентированном подходе мишенью психотерапии являются тело и происходящие в нем процессы. Пациент в терапии представлен не только своей «психологической частью» (мыслями, эмоциями, поведением, сновидениями, фантазиями и т.п.), а еще и телом. Такой целостный подход к человеку оказался весьма продуктивным.

Истоки европейской традиции телесно-ориентированной терапии содержатся в работах В. Райха. В концепции Райха центральное положение отводилось сексуальности, которая «была ключом для разрешения невротических проблем индивидуума» (Лоуэн, 1999). Освободив собственную сексуальность, человек приобретает «генитальный» характер – становится свободным, спонтанным, креативным и здоровым.

В. Райх выделил семь уровней блокирования в теле человека: глаза, рот, шея, грудь, диафрагма, живот и таз.

- Первый уровень охватывает мышцы лица.
- Второй уровень. Оральный сегмент включает в себя мышцы подбородка, горла и затылка, блокирующие крик и плач.
- Третий уровень, который охватывает мышцы шеи и язык. Блокируются те же эмоциональные проявления, что и на втором уровне.
- Четвертый уровень. Грудной сегмент включает в себя мышцы груди, плеч, лопаток и рук. Сдерживание дыхания, являющееся важным средством подавления любой эмоции, осуществляется в этой области.

- Пятый уровень – это диафрагма, солнечное сплетение, внутренние органы и мышцы нижних позвонков. Блокирование этого уровня способствует удержанию сильного гнева.

- Сегмент живота включает мышцы живота и спины, при этом напряжение поясничных мышц связано со страхом нападения, а «панцирь» на боках – с подавлением злости и неприязни.

- Последний, тазовый, сегмент, который включает все мышцы таза и нижних конечностей. Тазовый «панцирь» способствует подавлению сексуального возбуждения.

По Райху, освобождение тела от блоков должно идти сверху вниз – от глаз к тазу. Так как центром и мишенью психотерапевтической работы является таз, то до него доходят постепенно, шаг за шагом освобождаясь от более поверхностных блоков. Нельзя освобождать глубокие блокировки, не открыв поверхностные, так как высвобождающаяся энергия не может найти выход, гуляет по телу и может «сесть» на орган, вызвав формирование какой-либо соматической патологии. Высвободить эмоцию можно не только через рот (крик, плач, стон и т.п.), глаза (слезы), руки (удар, щипок и т.п.) – энергию можно освобождать и через ноги (топтание, как у детей, ритмическое переваливание с одной ноги на другую).

Д.Н. Исаев и В.Е. Каган (1986) назвали это условно-сексуальными проявлениями. Можно высвободить энергию через кишечник (понос как плач животом), уретру (известные явления «неврогенного мочевого пузыря», или поллакиурии), гениталии (мастурбация, адюльтер). Однако такое освобождение через низ не позволяет овладеть этой энергией – основной канал остается заблокированным. Для взрослых еще один вариант освобождения энергии связан с проговариванием, осознанием высвобождающейся эмоции.

Основными приемами терапии Райха, позволяющими освободить заблокированную энергию, являются:

- 1) прямое физическое воздействие на мышечные «зажимы» (массаж, давление, зашипывание, разминание мышц);

- 2) накопление энергии посредством глубокого резкого дыхания;

- 3) анализ причин, способствующих усилению или «распускающую» мышечных зажимов, проводимый совместно с пациентом.

**Биоэнергетический анализ А. Лоуэна.** Создателем биоэнергетического анализа является американский психиатр Александр Лоуэн, автор десятков книг и сотен статей, посвященных биоэнергетике. Сегодня биоэнергетический анализ широко практикуется во многих странах. В Нью-Йорке действует международный институт биоэнергетического анализа, координирующий работу 40 обучающих центров по всему миру и выпускающий журнал «Биоэнергетический анализ».

Лоуэн построил иную, нежели Райх, концепцию человека. Он рассматривает в качестве центра (корня, источника жизни) другой орган –

сердце, которое является «центром всей терапии», направленной на то, чтобы «помочь человеку увеличить его способность отдавать и получать любовь: развить его сердце...» (Лоуэн, 1999). Существует множество расхожих выражений, отражающих роль сердца в возникновении различных эмоциональных состояний: «сердце сжалось», «сердце щемит», «тяжесть на сердце», «разбитое сердце», «от всего сердца», «ты у меня в сердце» и т.п. В христианской культурной традиции главный орган – сердце (любовь), которое подчиняет себе и «низ» (гениталии, сексуальность), и «верх» (голову, интеллект, структуры Эго).

Согласно биоэнергетическому анализу человек приходит в мир для любви и за любовь. Вместе с тем очень часто условия, в которых воспитывается ребенок, таковы, что его сердце «перекрывается» к теплу и любви. В результате взрослый человек не в состоянии установить с партнером глубокие отношения психологической интимности, основанные на любви. Любовь блокируется как на психологическом уровне, т.е. переживания и выражения (экспрессии), так и на телесном – возникают хронические напряжения, а само тело становится жестким, ригидным. Нереализованная потребность в любви вызывает к жизни самые разнообразные негативные эмоции (страх, гнев, отчаяние и боль).

У Лоуэна, в отличие от Райха, идея уровневости в работе с блоками отсутствует. Проработка блоков осуществляется «от сердца к периферии» по трем каналам:

1) **сердце – рот, шея.** Зажатое горло и напряженная шея блокируют доступ к сердцу: человек не может плакать, кричать, целоваться, «держит рот на замке» и тем самым блокируются любые проявления глубоких чувств;

2) **сердце – руки.** Напряжение в плечах и кистях рук также изолирует сердце: блокируются как гнев (человек не может «ударить с плеча», наброситься с кулаками), так и любовь (тогда пациенту трудно «отдать руки» психотерапевту, он все время их контролирует);

3) **сердце – половые органы.** Тазовые блоки умерщвляют сексуальность, которая не связывается с любовью. Сексуальность рассматривается как нечто грязное и постыдное. Она сопряжена с чувством вины и стыда.

Лоуэн выделяет два пути избавления человека от непереносимых негативных переживаний. **Первый путь** предполагает соматизацию и создание мышечного панциря. В биоэнергетическом анализе существует принцип функциональной эквивалентности структуры тела психологической структуре, наиболее рельефно выражающейся в структуре характера. Выделяют шизоидную, оральную, нарциссическую, мазахистическую, ригидную и характерологическую структуру. **Второй путь** связан с функционированием механизмов психологической

защиты (отрицание, недоверие, обвинение, проекция, рационализация и интеллектуализация).

При проведении биоэнергетической работы с клиентом следует руководствоваться определенным алгоритмом:

1) сбор информации о человеке и его проблемах. Для этого проводится инициальное интервью, включающее вопросы о детских годах, отношениях с родителями, братьями (сестрами), основных детских страхах, увлечениях, переживаниях, влюбленностях, сексуальных фантазиях, опыте мастурбации, основных воспоминаниях, постоянно сопровождающих пациента, дружбе, яслях, детском саде, школе, дальнейшей учебе, работе, знакомствах, встречах с противоположным полом, основных ожиданиях от жизни, выборе брачного партнера, конфликтах, сексуальной сфере и т.п.;

2) изучение тела (дыхание, напряжения, укорененность, поза);

3) построение первоначальной телесной метафоры, отражающей психологические проблемы человека и направляющей телесную работу.

К основным процедурам биоэнергетического анализа относятся: разминка, напряженные позы (арка Лоуэна, наклон Лоуэна, тазовая арка), активные упражнения (высвобождение гнева, брыкание и др.), интенсификация.

## ЛЕКЦИЯ 15

### ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ

**Физиологические механизмы гипноза.** Термин «гипноз» ввел хирург Бред. Он рассматривал гипноз как развитие своеобразного сноподобного состояния, возникающего вследствие утомления глаз при длительной фиксации ими на блестящем предмете. Бред нашел, что это сноподобное состояние имеет известное сходство с естественным сном, и назвал его греческим словом «гипноз», что означает – сон. Им же было сделано первое описание гипноза и показана возможность вызывать его различными техническими приемами, а также внушением. Он начал использовать гипноз не только для лечения различных болезней, но впервые применил его для обезболивания хирургических операций. Однако труды хирурга Бреда, к сожалению, вскоре были забыты.

В конце 70-х годов XIX века изучением явлений гипноза начали заниматься Шарко и одновременно с ним Бернгейм. Гипнотическое состояние у испытуемых Шарко вызывал внезапными короткими сильными раздражителями или применял слабые, но длительно действующие раздражения органов чувств (зрения, слуха, осязания). Словесному внушению отводилось второстепенное значение. Он усматривал в гипнозе и истерии много сходного, что привело к ложному

представлению о единстве явлений гипноза и истерического невроза. В дальнейшем эта концепция явилась большим тормозом для применения гипноза в клинике.

Более правильную точку зрения занял другой исследователь – профессор Нансийского университета Бернгейм. По его мнению, в основе явлений гипноза лежит нормальное человеческое свойство – внушаемость, заключающееся в склонности одной личности поддаваться влиянию другого человека без достаточной критической проверки. Гипноз рассматривался им как внушенный сон, который может быть вызван у большинства здоровых нормальных людей, главным образом с помощью словесного внушения.

Так как Шарко изучал явления гипноза на больных людях, а Бернгейм – на здоровых, то оба исследователя пришли к двум прямо противоположным выводам, что и послужило поводом к возникновению двух различных школ гипноза: парижской школы и нансийской. Первая рассматривала гипноз как патологическое состояние, вторая – как частичный физиологический сон.

В конце XIX и начале XX века было выдвинуто много теорий, пытавшихся раскрыть физиологические механизмы гипноза. Одни считали гипноз состоянием сильного раздражения головного мозга, другие – состоянием угнетения его, а третьи рассматривали гипноз как наивысшую степень бодрствования. Однако ни одна из этих теорий не давала исчерпывающих объяснений.

Громадную роль в развитии учения о гипнозе и внушении сыграл выдающийся русский ученый, отец русской психотерапии В.М. Бехтерев. Начиная с 1880-х годов и до последних дней своей жизни, он настойчиво проводил идею о необходимости более широкого использования гипноза и внушения в лечебной практике. Им было положено начало экспериментального изучения явлений гипноза и внушения. В механизме возникновения гипнотического состояния В.М. Бехтерев придавал значение как психическим, так и физическим факторам. По его мнению, однообразные физические раздражения в соединении со словесным внушением лучше всего ведут к развитию гипноза. Внушению В.М. Бехтерев (1911) придавал ведущую роль. Говоря о природе гипноза, он считал его не патологическим состоянием, а «своеобразным видоизменением естественного сна».

Однако физиологическая сущность гипноза и внушения была раскрыта И.П. Павловым. Обычный естественный сон И.П. Павлов рассматривал как разлитое торможение, охватившее всю кору и даже нижележащие его отделы; гипноз же он представлял как частичный, т.е. «парциальный» сон, считая внутреннее торможение и сон одним и тем же процессом.

Опытами на животных он установил, что слабые длительно действующие раздражители, утомляя корковые анализаторы через один

из органов чувств (слух, зрение, осязание, температурные рецепторы кожи), быстрее всего вызывают сонливость – тормозной процесс в коре головного мозга. Особенно активными тормозными агентами являются кожно-температурные раздражители. Как было установлено, сон может развиваться не только при общем утомлении головного мозга – массы нервных клеток коры, но и от истощения какого-либо изолированного участка коры при длительном воздействии раздражителя, падающего на эту группу нервных клеток.

В этом случае физиологический механизм сна заключается в том, что определенные корковые клетки, реагирующие на данный длительно действующий внешний агент, истощаясь, переходят в тормозное состояние, а при отсутствии противодействия со стороны других деятельных пунктов коры тормозной процесс, распространяясь (иррадируя) на соседние районы, обуславливает физиологический сон.

С этих позиций становятся понятны и механизмы гипнотического сна и условия его вызывания. Основные физиологические законы, установленные для обычного сна, действуют и при развитии гипноза.

**Процедура гипноза.** Процедура гипноза предполагает прохождение последовательных периодов. *Подготовительный период* предполагает создание условий для проведения терапии, предварительной беседы с пациентом, проб на внушаемость. Второй *период* предполагает непосредственное *проведение гипнотерапии* с помощью одной из техник (методы Шарко, Эриксона и др.). Для вызывания гипноза используются различные раздражители, воздействующие на зрительный, слуховой и кожный анализаторы.

Обычный метод погружения в гипнотический сон, применяющийся в настоящее время большинством гипнотерапевтов, заключается в следующем:

1. Испытуемый лежит в затемненном помещении на кушетке, гипнотерапевт, слегка поглаживая теплой рукой кожу лба гипнотизируемого, тихо произносит слова, напоминающие гипнотизируемому те состояния, какие он обычно испытывает перед сном.

2. В другом случае больному предлагают пристально смотреть на блестящий неврологический молоточек, утомляют его орган зрения и добиваются истощения клеток коры в зрительном анализаторе; возникшее здесь охранительное торможение по законам иррадиации распространяется дальше, захватывая соседние районы коры. Гипнотизирующее лицо при этом также повторяет известные формулы словесного внушения, навевающие сонливость на испытуемого.

Кроме таких слабых, длительно действующих, однообразных раздражителей, можно применять метод сильных, внезапных «шоковых» воздействий в виде неожиданной вспышки света, сильного словесного или звукового раздражителя. Так, например, у здорового че-

ловека можно вызвать гипноз внезапным окриком «Спите!», который приводит к быстрому истощению нервных клеток слухового анализатора и развитию там запредельного охранительного торможения.

После введения пациента в состояние гипноза тем или иным способом произносятся формулы собственно лечебных внушений. Фразы должны быть короткими, понятными, наполненными смыслом и исключаяющими ятрогенное воздействие. Последним периодом гипнотерапии является **дегипнотизация** – выход из состояния гипнотического сна.

Продолжительность одного сеанса гипнотерапии обычно 15–20 минут. Количество сеансов колеблется от 1 до 15, что определяется характером болезненного состояния и терапевтической эффективностью гипнотерапии. Частота сеансов – от ежедневных до проводимых 1 раз в неделю. Иногда возникает необходимость повторного курса гипнотерапии спустя несколько недель или месяцев. После применения техники осуществляется вывод клиента из гипнотического состояния или дегипнотизация.

Основные **осложнения при гипнотерапии** – это потеря раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, переход глубокого сомнамбулического гипноза в гипнотическую летаргию и др. Эти осложнения при спокойном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техники гипноза не приводят к серьезным последствиям. Причины неудач гипнотерапии могут быть связаны с упорным применением врачом одного лишь гипносуггестивного метода при игнорировании им общих психотерапевтических подходов, рациональной психотерапии, тренировочных приемов и других показанных в данном конкретном случае методов психотерапии.

**Внушение в процессе гипнотерапии.** Научные, объективные физиологические основы для объяснения механизма явлений внушения и самовнушения впервые были даны И.П. Павловым (1951). Существуют понятия «внушение», или «гетеросуггестия», и «самовнушение», или «аутосуггестия». Если внушение производится, как правило, другим лицом, то при самовнушении оно возникает без прямого внешнего побуждения, по принципу собственной ассоциативной деятельности.

Если внушение производится лицом с помощью речи, то говорят о словесном, вербальном внушении. Существует понятие о прямом и косвенном внушении.

**При прямом словесном внушении** происходит непосредственное речевое воздействие с помощью словесных формул внушения, в которых содержится смысловое значение и которые произносятся императивно, в форме приказа.

**При косвенном (опосредованном) внушении** на индивидуума действуют не прямо, а организуют суггестивную, внушающую ситуацию скрытно, через предметы. Так, например, производят внушение

другим лицам в присутствии того, на кого направлено косвенное внушение. Иногда косвенное внушение связывают с той или иной процедурой, приемом индифферентного лекарственного средства, инъекцией физиологического раствора (вместо адреналина, наркотика и т.д.), не давая прямого словесного внушения. По мнению К.И. Платонова (1957), в случае косвенного внушения в коре больших полушарий образуется очаг концентрированного возбуждения, который связывается и с внушаемыми словами, и с теми предметами, при «наличии которых внушаемое должно будет реализоваться».

Метод внушения в бодрствующем состоянии, осуществляемый с помощью конкретных формул внушения на вторую сигнальную систему, а через нее – на первую сигнальную систему и далее на подкорку, может в ряде случаев привести к устранению тех или иных соматических синдромов и вегетативно-эндокринных расстройств.

**Показания и противопоказания к проведению индивидуальной гипнотерапии.** Чаще всего индивидуальная гипнотерапия применяется в случаях расстройств речи, слуха, амнезии, энурезе, нарушениях сна и невротении, психогенных депрессиях, вредных привычках, соматических заболеваниях, зависимостях.

Противопоказаниями к проведению гипнотерапии и внушения являются шизофрения с бредом, выраженная дебилность, нарушения мозгового кровообращения, боли неопознанного характера. Не рекомендуется использовать гипнотерапию и внушение с клиентами, имеющими положительный перенос на терапевта и больными с повышенной эротичностью.



## РАЗДЕЛ 2. ПЛАНЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ

### Тема № 1. Индивидуальная психотерапия как форма организации психотерапевтического процесса

**Сообщение.** Мармор Дж. «Психотерапевтический процесс: общие знаменатели различных подходов» (Эволюция психотерапии. – М., 1998. – Том 2).

**Задание 1.** Сделать анализ медицинской и психологической модели психотерапии, заполнить таблицу (1)

Модель психотерапии	Цель	Средства	Результат
Медицинская			
Психологическая			
Социологическая			

**Задание 2.** Составить требования к организации индивидуально-психотерапевтического процесса (2, 4, 6).

**Упражнение 1.** Провести беседу в парах по актуальной проблеме. Сформулировать запрос.

**Сообщение.** Понятие «психологическая проблема», уровни психологической проблемы (3).

### Литература

1. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия. Психологические модели: учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко; под общ. ред. Л.Ф. Бурлачука. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.

2. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия: учеб. пособие / Р. Кочюнас. – 5-е изд. – М.: Гаудеамус: Академический Проект, 2005. – 464 с.

3. Линде, Н.Д. Основы современной психотерапии: учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр. и спец. психологии / Н.Д. Линде. – М.: Академия, 2002. – 208 с.

4. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 782 с.

5. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

6. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.

7. Соколова, Е.Т. Психотерапия. Теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по напр. и спец. «Психо-

логия» / Е.Т. Соколова; МГУ им. М.В. Ломоносова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Московского университета: Академия, 2006. – 368 с.

## Тема № 2. Терапевтические отношения

**Задание 1.** Сделать сравнительный анализ построения терапевтических отношений в психодинамическом, когнитивно-поведенческом, гуманистическом направлении психотерапии.

	Психодинамическое направление терапии		Когнитивно-поведенческая психотерапия	Гештальттерапия
	Классический психоанализ	Психотерапия А. Адлера		
Позиция терапевта				
Принципы построения отношений				

**Сообщение.** Этические принципы построения терапевтических отношений (2, 4, 8).

**Упражнение** на развитие навыков молчаливого невмешательства (5). Сделать упражнение, проанализировать выполнение.

### Литература

1. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия. Психологические модели: учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко; под общ. ред. Л.Ф. Бурлачука. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.

2. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия: учеб. пособие / Р. Кочюнас. – 5-е изд. – М.: Гаудеамус: Академический Проект, 2005. – 464 с.

3. Линде, Н.Д. Основы современной психотерапии: учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр. и спец. психологии / Н.Д. Линде. – М.: Академия, 2002. – 208 с.

4. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 782 с.

5. Методы современной психотерапии: учеб. пособие / сост.: Л.М. Кроль, Е.А. Пуртова. – М.: Класс, 2001. – 480 с.

6. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

7. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.

8. Соколова Е.Т. Психотерапия. Теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по напр. и спец. «Психология» / Е.Т. Соколова; МГУ им. М.В. Ломоносова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Московского университета: Академия, 2006. – 368 с.

### **Тема № 3. Классический психоанализ З. Фрейда**

**Реферирование.** Мармор Дж. Сущность динамической психотерапии. (Эволюция психотерапии. – М., 1998. – Том 2).

**Подготовить сообщения по темам:** «Соппротивление и вытеснение» (Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. – СПб., 2005. – С. 164–174).

Основные правила психодинамической терапии. Специфические и неспецифические средства психодинамической терапии (1, с. 69–83).

**Задание 2.** Подобрать и провести несколько упражнений, направленных на работу с материалом бессознательной сферы. Записать в тетради 2–3 упр., указать литературу.

**Упражнение на развитие навыков работы с собственными переживаниями.** Выполнить как домашнее задание, сделать анализ с позиций психоаналитической теории.

Выполняется в течение 10–15 минут. Сядьте удобно, прикройте глаза и расслабьте тело. Вы отправляетесь путешествовать в далекое прошлое своего детства. Начните разматывать свою жизнь, как киноленту, – от сегодняшнего дня к вчерашнему... год назад... два, три... дальше... дальше... вплоть до самого раннего воспоминания. Позвольте себе увидеть что-то: неясные образы, картины... услышать звуки... голоса... слова... бессвязную речь; почувствовать запахи и прикосновения... соприкосновения... Что вы чувствуете, какие чувства возникают у вас?.. Какие мысли приходят в голову?.. Позвольте себе просто побыть с ними, сколько захочется... Потихоньку начинайте возвращаться в свое настоящее. Медленно открывайте глаза, осмотритесь, отметьте, что вы чувствуете, что ощущаете телесно. Медленно измените позу. Если хотите, запишите в своем личном дневнике все, что вы пережили, ваши чувства и ваши мысли по поводу этого путешествия. Что нового вы пережили, открыли в себе или в других, с какими образами себя и других вы повстречались?

**Упражнение 2.** Определить механизмы защиты (задание на карточках). Обсуждение проявлений механизмов защиты (1, 4).

**Повторить.** Структура личности. Психосексуальные стадии развития. Концепция невроза. Перенос и контрперенос в аналитической психотерапии.

### **Литература**

1. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия. Психологические модели: учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко; под общ. ред. Л.Ф. Бурлачука. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.

2. Куттер, П. Современный психоанализ: введение в психологию бессознательных процессов: учеб. пособие для дополнительного образования / П. Куттер; Информ. центр психоаналитической культуры Санкт-

Петербурга; пер. с нем. С.С. Панкова; общ. ред. В.В. Зеленский. – СПб.: Б.С.К., 1997. – 348 с.

3. Лейбин, В.М. Словарь-справочник по психоанализу / В.М. Лейбин. – СПб.: Питер, 2001. – 688 с.

4. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе: учеб. пособие по спец. «Психотерапия и мед. психология» / Н. Мак-Вильямс; пер. с англ.; под ред. М.Н. Глущенко, М.В. Ромашкевича. – М.: Класс, 2004. – 476 с.

5. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 782 с.

6. Методы современной психотерапии: учеб. пособие / сост.: Л.М. Кроль, Е.А. Пуртова. – М.: Класс, 2001. – 480 с.

7. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.

8. Соколова Е.Т. Психотерапия. Теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по напр. и спец. «Психология» / Е.Т. Соколова; МГУ им. М.В. Ломоносова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Московского университета: Академия, 2006. – 368 с.

9. Техники консультирования и психотерапии: тексты: пер. с англ.; ред. и сост. У.С. Сахакиан. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 624 с.

10. Фрейджер, Р. Психоаналитические теории личности. Зигмунд Фрейд и постфрейдисты / Р. Фрейджер, Д. Фейдимен. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 155 с.

#### **Тема № 4. Психотерапия в индивидуальной психологии А. Адлера**

**Подготовить сообщение по теме:** «Причины невроза. Психотерапия невроза» (8, стр. 84–93).

**Задание 1.** Изучить схемы интервью для взрослых. При представлении связать с основными теоретическими положениями психологии А. Адлера (4).

**Упражнение «Качественный контент-анализ ранних воспоминаний»** (4). Обсуждение выполнения упражнения. Сделать анализ выполнения упражнений с позиции теории.

**Повторить:** жизненные цели, стиль жизни, схема апперцепции, чувство общественного и потребность в социальной кооперации, самость, схема терапевтического процесса, выявление травматического опыта, исследование фиктивной цели, развитие социального интереса.

#### **Литература**

1. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии : Лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей / А. Адлер. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 214 с.

2. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия. Психологические модели: учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко; под общ. ред. Л.Ф. Бурлачука. – СПб. [и др.] : Питер, 2003. – 472 с.

3. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов. – 5-е изд., испр. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 464 с.

4. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 782 с.

5. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

6. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.

7. Сидоренко, Е.В. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2000. – 352 с.

8. Техники консультирования и психотерапии: тексты / пер.с англ.; ред. и сост. У.С. Сахакиан. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 624с.

### **Тема № 5. Поведенческая психотерапия**

**Подготовить сообщение** по теме «Искоренение симптомов. Техники терапевтического вмешательства в поведенческой психотерапии» (7, стр. 340–344).

**Задание 1.** Изучить литературу и составить перечень техник индивидуальной поведенческой психотерапии (1, стр. 410–417, 3, 4, 8). Знать особенности проведения.

*Обсуждения выполнения задания.*

**Задание 2.** Обсудить методы и техники развития самоконтроля.

Провести упражнение, направленное на развитие самоконтроля (в парах) (6, стр. 201).

**Повторить:** патология (невротический симптом) в поведенческой психотерапии, этапы психотерапевтического процесса.

### **Литература**

1. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия. Психологические модели: учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко; под общ. ред. Л.Ф. Бурлачука. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.

2. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов. – 5-е изд., испр. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 464 с.

3. Лазарус, А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / А. Лазарус; пер. с англ. Г. Самигулина. – СПб.: Речь, 2001. – 255 с.

4. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 782 с.

5. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

6. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.

7. Техники консультирования и психотерапии: тексты / пер. с англ.; ред. и сост. У.С. Сахакиан. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 624 с.

8. Федоров, А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А.П. Федоров. – СПб. Питер, 2002. – 334 с.

### **Тема № 6. Рационально-эмотивная психотерапия А. Эллиса**

**Подготовить сообщение по теме «Рациональная психотерапия»** (4, стр. 259). Эллис А. Эволюция рационально-эмотивной и когнитивно-бихевиоральной терапии (Эволюция психотерапии. – М., 1998. – Том 2).

**Задание 1.** Подобрать два-три упражнения РЭТ. Знать особенности проведения. На каких теоретических положениях основаны упражнения (1, 4).

**Упражнение 1.** Заполнение анкеты самопомощи РЭТ. Анализ выполнения упражнения.

**Повторить:** принципы рационально-эмотивной терапии, иррациональные установки и их группы.

#### **Литература**

1. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 782 с.

2. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

3. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.

4. Техники консультирования и психотерапии: тексты / пер. с англ.; ред. и сост. У.С. Сахакиан. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 624 с.

5. Эллис, А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса / А. Эллис пер. с англ. Л. Царука. – СПб.: Питер, 1999. – 224 с.

### **Тема № 7. Когнитивная психотерапия А. Бека**

**Подготовить сообщение по теме «Когнитивная психотерапия. Бек А.»** (Эволюция психотерапии. – М., 1998. – Том 2).

**Задание 1.** Изучить когнитивные профили расстройств личности. Сделать конспект (1).

**Упражнение 1.** Отработка метода ABC (3, стр. 508–509). Выполнить как домашнее задание.

**Задание 2.** Подобрать и провести (на занятии) несколько упражнений для работы с автоматическими мыслями.

**Задание 3.** Изучить литературу и выписать техники работы с убеждениями в когнитивной психотерапии А. Бека. Сделать анализ с позиции когнитивной теории.

### Литература

1. Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб.: Питер, 2002. – 542 с.
2. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии / пер. с англ. / Р. МакМаллин. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
3. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 782 с.
4. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
5. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.
6. Техники консультирования и психотерапии: тексты / пер. с англ.; ред. и сост. У.С. Сахакиан. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 624 с.
7. Федоров, А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А.П. Федоров. – СПб.: Питер, 2002. – 334 с.

### Тема № 8. Клиентцентрированная психотерапия К. Роджерса

**Подготовить сообщение по теме «Директивный и недирективный подход в индивидуальной психотерапии» (Роджерс К. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы. – М., 1999).**

«Этапы психотерапевтического процесса в клиентцентрированной психотерапии. Поощрение высвобождения» (8, с. 213–214, 239–244).

**Задание 1.** Изучить литературу, выписать основные методы и техники клиентцентрированной психотерапии (в тетрадах).

**Задание 2.** Анализ отрывков психотерапевтических сессии (задание на карточках).

**Упражнение 1.** Обсуждение результатов выполнения упражнения проводится на занятии.

**«Линия моей жизни».** Нарисуйте «лесенку», каждая ступень которой обозначает важнейшее событие вашей жизни от рождения до настоящего момента. Задайте себе вопрос: «Где я нахожусь на линии жизни прямо сейчас?». Как вы чувствуете себя, поместив себя на ступеньку «здесь и сейчас». Как вы осознаете свое Я в контексте всей прошлой жизненной истории? Какова будет следующая «ступень» в вашей жизни?

**Повторить:** самость, идеальная и истинная самость, условия ценности, терапевтические изменения, результат терапии.

## Литература

1. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия. Психологические модели: учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко; под общ. ред. Л.Ф. Бурлачука. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
3. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.
4. Роджерс, К. Клиентцентрированная психотерапия. Теория, современная практика и применение / К. Роджерс; пер. с англ. Т. Рожковой [и др.]; под ред. С. Римского. – М.: Психотерапия, 2007. – 560 с.
5. Роджерс, К. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы / К. Роджерс; пер. с англ. Р. Кучкаровой. – М.: Психотерапия, 2006. – 508 с.
6. Роджерс, К. Клиентцентрированная терапия: пер. с англ. / К. Роджерс; Э. Дорфман, Н. Хоббс, Т. Гордон. – М.; Киев: Рефл-бук; Ваклер, 1997. – 320 с.
7. Роджерс, К.Р. Становление личности: взгляд на психотерапию / К.Р. Роджерс; пер. с англ. М. Злотник. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с.
8. Техники консультирования и психотерапии: тексты / пер. с англ.; ред. и сост. У.С. Сахакиан. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 624 с.

### Тема № 9. Гештальттерапия Ф. Перлза

**Подготовить сообщение по теме** «Невроз как утрата эго-функций» (Сахакиан У.С. Техники консультирования и психотерапии: тексты. – М., 2000. – С. 597).

**Задание 1.** Изучить литературу и составить перечень основных процедур и техник гештальттерапии.

**Задание 2.** Проанализировать цикл контакта и механизмы его прерывания в отрывках терапевтических сессиях (задание на карточках).

**Задание 3.** Подобрать упражнение для работы с ретрофлексией (проекцией, кофлюэнцией). Обосновать выбор.

**Упражнение** «Зоны осознания» (выполняется в парах). Сделать анализ выполнения упражнения с позиции теории.

**Повторить:** теория контакта в гештальттерапии, концепция невроза в гештальттерапии, типы терапевтических интервенций и др.

## Литература

1. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
2. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.



3. Техники консультирования и психотерапии: тексты / пер. с англ.; ред. и сост. У.С. Сахакиан. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 624 с.

4. Гештальттерапия. Теория и практика / пер. с англ. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2001. – 320 с.

5. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 782 с.

### **Тема № 10. Телесно-ориентированная психотерапия**

**Задание 1.** Выделите основные различия психотерапии В. Райх и биоэнергетического метода А. Лоуэна.

**Задание 2.** Составьте таблицу показаний и противопоказаний телесноориентированной психотерапии (на основании изучения литературы). Обсуждение.

**Задание 3.** Составить занятие по телесноориентированной терапии. Обосновать выбор техник. Провести несколько техник телесноориентированной терапии. Сделать анализ их проведения.

#### **Литература**

1. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия. Психологические модели: учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко; под общ. ред. Л.Ф. Бурлачука. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.

2. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов. – 5-е изд., испр. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 464 с.

3. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 782 с.

4. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

5. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.

6. Соколова Е.Т. Психотерапия. Теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по напр. и спец. «Психология» / Е.Т. Соколова; МГУ им. М.В. Ломоносова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Московского университета: Академия, 2006. – 368 с.

## РАЗДЕЛ 3. ПРАКТИКУМ

### ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Роль и функции теорий личности в практике индивидуальной психотерапии.
2. Концепция невроза в классическом психоанализе З. Фрейда.
3. Психотерапевтические отношения в психоанализе.
4. Механизмы защиты и их роль в патогенезе невроза.
5. Особенности психоаналитического сеттинга.
6. Перенос и контрперенос в психоанализе.
7. Типы характера (Мак-Вильямс).
8. Практика индивидуальной психологии А. Адлера.
9. Невротическое стремление к превосходству и фиктивный финализм в концепции А. Адлера.
10. Защитные стратегии и типы характера в теории К. Хорни.
11. Основные положения «психологии отношений» В.Н. Мясищева. Концепция невроза.
12. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.
13. Бихевиоризм как теоретическое основание поведенческой психотерапии.
14. Особенности психотерапевтического процесса в индивидуальной поведенческой психотерапии.
15. Когнитивные стратегии и методы в психотерапии А. Бека.
16. Автоматические мысли и их роль в формировании невроза.
17. Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса.
18. Концепция невроза в клиентцентрированной психотерапии.
19. Клиентцентрированная терапия: история возникновения и основные положения.
20. Феноменологический подход в гуманистическом направлении индивидуальной психотерапии.

21. Гештальттерапия: феноменологический подход и основные принципы.
22. Теория контакта в гештальттерапии.
23. Подготовка и квалификация психотерапевта.
24. Техники АРТ-терапии и их использование в терапевтической работе с клиентом.
25. Использование психотерапевтической метафоры индивидуальной психотерапии.
26. Требования к личности индивидуального психотерапевта.
27. Особенности организации терапевтического процесса в индивидуальной психотерапии.
28. Диалогическая основа психотерапевтических отношений в гуманистическом направлении индивидуальной психотерапии.
29. Невроз как проявление внутриличностного конфликта.
30. Роль тревоги в возникновении невроза.
31. Диагностика в индивидуальной психотерапии.
32. Базовые техники терапевтического вмешательства в индивидуальной психотерапии.

## РАЗДЕЛ 4. ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Понятие «психотерапия». Основные модели психотерапии.
2. Особенности организации терапевтического процесса в индивидуальной психотерапии.
3. Психотерапевтический контакт. Параметры контакта.
4. Психотерапевтические отношения. Психотерапевтический процесс: общие закономерности различных подходов (Дж. Мармор).
5. Невроз как проявление внутриличностного конфликта.
6. Роль тревоги в возникновении невроза.
7. Понятие «психологическая проблема». Уровни психологической проблемы.
8. Роль и функции теорий личности в практике индивидуальной психотерапии.
9. Основные положения психоаналитической теории З. Фрейда, их связь с процессом психоаналитической индивидуальной терапии.
10. Концепция невроза в классическом психоанализе. Типы невроза.
11. Механизмы защиты и их роль в патогенезе невроза (вытеснение, отрицание, рационализация, проекция, изоляция, регрессия, сублимация).
12. Психоаналитический сеттинг (последовательность терапевтической работы в психоанализе).
13. Психотерапевтические отношения в психоанализе. Рабочий альянс.
14. Перенос и контрперенос в психоанализе.
15. Сопротивление, анализ сопротивления. Сопротивление и вытеснение в психоанализе (З. Фрейд).
16. Индивидуальная психология А. Адлера. Базовые принципы практики индивидуальной психологии.
17. Концепция невроза в практике индивидуальной психологии А. Адлера. Невротическое стремление к превосходству и фиктивный финализм.

18. Схема развития психотерапевтического процесса в практике индивидуальной психологии.
19. Теория невроза в характерологическом анализе К. Хорни. Базальная тревога.
20. Защитные стратегии в теории К. Хорни. Типы характера.
21. Идеализированный образ и его роль в формировании невроза.
22. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Механизмы лечебного воздействия.
23. Бихевиоризм как теоретическое основание поведенческой психотерапии.
24. Общие принципы поведенческой индивидуальной психотерапии. Показания и противопоказания к терапии.
25. Этапы психотерапевтического процесса в индивидуальной поведенческой психотерапии.
26. Основные процедуры и методы поведенческой психотерапии.
27. Общие принципы когнитивной психотерапии А. Бека. Психотерапевтические отношения в когнитивной психотерапии.
28. Автоматические мысли и их роль в формировании невроза. Особенности работы с автоматическими мыслями.
29. Работа с когнитивными схемами в психотерапии А. Бека.
30. Когнитивные стратегии и методы.
31. Когнитивные профили расстройств личности.
32. Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса. Показания и противопоказания к терапии.
33. Иррациональные установки. Группы иррациональных установок.
34. Психотерапевтический процесс и техники рационально-эмотивной терапии.
35. Клиентцентрированная терапия (К. Роджерса). Показания и противопоказания к терапии.
36. Концепция невроза в клиентцентрированной психотерапии. Защитные механизмы.
37. Психотерапевтический процесс клиентцентрированной психотерапии.

38. Основные методы и техники клиентцентрированной психотерапии. Вербализация. Использование молчания. Отражение эмоций.
39. Директивный и недирективный подход к психотерапии.
40. Феноменологический подход и основные принципы гештальттерапии.
41. Психотерапевтический контакт. Цикл контакта.
42. Механизмы прерывания контакта: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия, конфлюэнция.
43. Невроз как утрата эго-функции (Ф. Перлз).
44. Пять уровней невроза в гештальттерапии.
45. Процедуры и техники гештальттерапии. Эксперимент в гештальттерапии.
46. Требования к личности психотерапевта.
47. Подготовка и квалификация психотерапевта. Влияние профессиональной деятельности на личность терапевта.
48. Техники АРТ-терапии и их использование в терапевтической работе с клиентом.
49. Использование психотерапевтической метафоры в индивидуальной психотерапии.
50. Логотерапия В. Франкла: принципы и техники.
51. Этические принципы в индивидуальной психотерапии.
52. Эволюция когнитивно-бихевиоральной терапии: ее истоки, принципы и примеры из клинической практики (Д. Мейхенбаум).
53. Биоэнергетический анализ А. Лоуэна.
54. Психотерапия, ориентированная на тело. Метод В. Райха.

## РАЗДЕЛ 5. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. В рамках какой теоретической ориентации дано следующее определение психотерапии: «Психотерапия – это процесс взаимодействия между двумя и более людьми, один из которых специализируется в области коррекции человеческих отношений»:

- а) динамической;
- б) гуманистической;
- в) когнитивной;
- г) поведенческой.

2. Определение психотерапии как метода, приводящего в действие процесс научения, характерно для:

- а) медицинской модели психотерапии;
- б) психологической модели психотерапии;
- в) социологической модели психотерапии;
- г) философской модели психотерапии.

3. В психологической модели психотерапии основными средствами лечебного воздействия являются:

- а) медикоментозные средства;
- б) гипноз;
- в) вербальные и невербальные средства;
- г) технические средства.

4. Возникновение психологической проблемы всегда связано:

- а) с невозможностью удовлетворения того или иного желания (влечения, потребности) человека;
- б) со сложностью анализа жизненной ситуации;
- в) с низким уровнем саморегуляции;
- г) с физиологическими особенностями организма.

5. Сколько уровней психологической проблемы выделяет Линде:

- а) три уровня;
- б) четыре уровня;
- в) пять уровней;
- г) шесть уровней.

6. Для уровня невроза характерно:

- а) состояние искаженного восприятия реальности;
- б) постоянство невротических состояний и реакций;
- в) переживание временных, но весьма серьезных невротических состояний (депрессивные состояния, вспышки гнева и др.);
- г) периодическое появление невротических реакций.

7. Для уровня психоза характерно:

- а) состояние искаженного восприятия реальности;
- б) постоянство невротических состояний и реакций;

в) переживание временных, но весьма серьезных невротических состояний (депрессивные состояния, вспышки гнева и др.);

г) периодическое появление невротических реакций.

**8.** Психотерапия, наиболее показанная при затяжных формах неврозов:

а) суггестивная;

б) эмоционально-стрессовая;

в) поведенческая;

г) личностно-ориентированная.

**9.** Наибольшего психотерапевтического эффекта можно ожидать при следующем типе психопатий:

а) истероидной;

б) шизоидной;

в) сенситивной;

г) эпилептоидной.

**10.** При алкоголизме более устойчивого эффекта можно ожидать от психотерапии:

а) аверсивной;

б) поведенческой;

в) личностно-ориентированной;

г) стрессопсихотерапия («кодирование»).

**11.** Для западной психотерапии характерно все указанное, кроме:

а) психотерапевт идентифицируется только с одним методом и работает только в этом направлении;

б) акцент на индивидуальной психотерапии;

в) сертификат психотерапевта можно получить только в каком-либо одном институте после 3–4-летней подготовки в нем;

г) лечение разностороннее и целостное в смысле «комплексной» (интегративной) психотерапии.

**12.** К техникам психотерапевтического вмешательства относятся все нижеперечисленные, за исключением:

а) прояснение;

б) ответственность;

в) повторение;

г) отражение чувств.

**13.** Техника психотерапевтического вмешательства, предполагающая противостояние защитным маневрам или иррациональным представлениям клиента, которые он не осознает или не подвергает изменению, называется:

а) конфронтация;

б) обратная связь;

в) прояснение;

г) директива.



**14.** Умение слушать включает в себя:

- а) пассивное слушание;
- б) эмпатическое понимание;
- в) умение скорректировать собеседника;
- г) все перечисленное.

**15.** Конфронтация направлена на то, чтобы заставить другого:

- а) осознать свои паттерны поведения;
- б) изменить их;
- в) исследовать себя;
- г) все перечисленное.

**16.** Эффективная конфронтация требует следующих умений, за исключением:

- а) чуткость к психологическому состоянию оппонента;
- б) убежденности в своих контрдоводах;
- в) выражения в форме категорического требования, а не предположения;
- г) умение приводить контрдоводы, которые содержат конструктивные позитивные начала.

**17.** Разделение с клиентом собственного опыта, представление информации о себе, событиях из собственной жизни или непосредственное выражение в отношении с клиентом испытываемых чувств или желаний, возникающих идей или фантазий называется:

- а) информирование;
- б) обратная реакция;
- в) прояснение;
- г) самораскрытие.

**18.** Возвращение в более сжатой и ясной форме сути когнитивного содержания высказывания клиента называется:

- а) информирование;
- б) обратная реакция;
- в) прояснение;
- г) самораскрытие.

**19.** Соглашение между клиентом и психотерапевтом относительно общего понимания проблемы стратегии терапии называется:

- а) договор о сотрудничестве;
- б) психологический контракт;
- в) психотерапевтический контракт;
- г) контракт о работе.

**20.** К целевым стратегиям индивидуальной психотерапии относятся все нижеперечисленные, за исключением:

- а) реконструкция внутреннего мира личности клиента;
- б) реконструкция связей клиента с ближайшим окружением, решение актуального жизненного конфликта;

- в) непосредственное устранение симптомов;
- г) коррекция поведения клиента.

**21.** Субъективная картина болезни проявляется на:

- а) сенсорном уровне;
- б) эмоциональном уровне;
- в) интеллектуальном уровне;
- г) всех трех указанных уровнях.

**22.** Специфический вид профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с клиентами при оказании профессиональной помощи, называется:

- а) дегуманизация профессионала;
- б) синдром истощения;
- в) синдром эмоционального сгорания;
- г) синдром ухода.

**23.** Основными целями психотерапии являются все указанные, кроме:

- а) активизация общения пациента с терапевтом;
- б) более тонкое выражение своих переживаний, проблем;
- в) развитие творческих способностей;
- г) высвобождение скрытого потенциала самореализации.

**24.** Термин «эмоциональное сгорание» предложил:

- а) Роджерс;
- б) Фрейденберг;
- в) В.Н. Мясищев;
- г) В.В. Столин.

**25.** К факторам, играющим существенную роль в формировании синдрома эмоционального сгорания, относятся все нижеперечисленные, за исключением:

- а) профессиональный;
- б) личностный;
- в) ролевой;
- г) организационный.

**26.** Большинство исследователей синдрома эмоционального сгорания терапевтов выделяют три фазы его протекания, за исключением:

- а) фаза напряжения;
- б) фаза сопротивления;
- в) фаза разрядки;
- г) фаза истощения.

**27.** В наименьшей степени сущность психотерапии раскрывают следующие понятия:

- а) клинико-психологическое вмешательство;
- б) психологическая коррекция;
- в) внушение;
- г) психологическая интервенция.

**28.** К наиболее общим принципам, обеспечивающим соблюдение профессиональной этики в психотерапевтическом процессе, относятся все нижеперечисленные, за исключением:

- а) ответственность;
- б) конфиденциальность;
- в) рациональность;
- г) отношение к клиенту.

**29.** Оценка эффективности психотерапии осуществляется с учетом плоскостей терапевтической динамики:

- а) социальной;
- б) соматической;
- в) психологической;
- г) все указанные выше.

**30.** По срокам краткосрочная индивидуальная психотерапия предполагает ... встреч.

- а) 20 (реже 40);
- б) 40 и более;
- в) 10–15;
- г) 10.

**31.** Выделяют следующие критерии окончания психотерапии:

- а) пациент чувствует ослабление симптомов, которые воспринимаются как чуждые;
- б) пациент осознает свои характерные защитные механизмы;
- в) пациент способен понять и признать типичные для себя реакции переноса;
- г) все вышеперечисленное.

**32.** Кларксон выделила все нижеуказанные типы терапевтических отношений, за исключением:

- а) рабочий альянс;
- б) перенос–контрперенос;
- в) «Я–Ты» отношения;
- г) директивные.

**33.** Качественными характеристиками диалогических отношений являются все нижеперечисленные, за исключением:

- а) присутствие;
- б) включенность;
- в) рационалистичность;
- г) признание.

**34.** Построение терапевтических отношений на основе эмпатии, открытости и безусловном положительном принятии характерно для:

- а) психодинамического направления психотерапии;
- б) гуманистического направления психотерапии;
- в) когнитивного направления психотерапии;
- г) поведенческого направления психотерапии.

**35.** Существуют три акцента в описании терапевтических отношений, за исключением:

- а) акцент на осознании;
- б) акцент на контакте;
- в) акцент на симптоме;
- г) акцент на отношениях «Я–Ты».

**36.** Интервенции, осуществляемые более опытными профессионалами по отношению к менее опытным, называется:

- а) повышение квалификации;
- б) супервизия;
- в) профессиональное сопровождение;
- г) наставничество.

**37.** Физическими компонентами терапевтического климата (Кочюнас) являются все нижеуказанные, за исключением:

- а) обстановка;
- б) структурирование пространства;
- в) структурирование отношений;
- г) структурирование времени.

**38.** Эмоциональный компонент терапевтического климата (Кочюнас) обязательно включает все нижеуказанное, за исключением:

- а) искренность;
- б) эмпатию;
- в) безусловное уважение;
- г) компетентность.

**39.** Сох говорит о трех аспектах возможной оценки проблем клиента, за исключением:

- а) экзистенциальный;
- б) нозологический;
- в) биографический;
- г) психодинамический.

**40.** Достаточно полная информация о причинах возникновения у клиента психологических проблем называется:

- а) психологический анамнез;
- б) психологический диагноз;
- в) биографический анализ;
- г) психологический анализ проблем.

**41.** По срокам проведения индивидуальная психотерапия делится на:

- а) краткосрочную и долговременную;
- б) краткосрочную, средней продолжительности, долговременную;
- в) краткосрочную и долгосрочную;
- г) интенсивную и щадящую.

**42.** Барьерами на пути к взаимопониманию и сотрудничеству между терапевтом и супервизором могут стать все нижеуказанные, за исключением:

- а) склонность терапевта к теоретизированию;
- б) ограничения в собственном осознании терапевта;
- в) наличие у терапевта профессионального интереса к клиенту;
- г) недоверие терапевта к себе.

**43.** Задачами профессиональной супервизии являются все нижеуказанные, за исключением:

- а) обеспечение профессионального и личностного развития психотерапевта;
- б) стимуляция развития специальных навыков и компетенции для получения измеряемого исхода терапии;
- в) увеличение ответственности терапевта за обслуживание и программы лечения;
- г) удовлетворение потребностей клиента.

**44.** Отношения терапевта и супервизора строятся на:

- а) директивной основе;
- б) диалогической основе;
- в) административной основе;
- г) административно-дидактической основе.

#### Психоанализ

**45.** Понятия «перенос» и «контрперенос» относятся к следующим направлениям психотерапии:

- а) когнитивная;
- б) позитивная;
- в) психодинамическая;
- г) гуманистическая.

**46.** Индивидуальная психотерапия – основное в учении:

- а) Адлера;
- б) Юнга;
- в) Перлса;
- г) Роджерса.

**47.** основоположником аналитической психотерапии является:

- а) Адлер;
- б) Юнг;
- в) Перлс;
- г) Роджерс.

**48.** Автором работы «Толкование сновидений» является:

- а) Фрейд;
- б) Юнг;
- в) Адлер;
- г) Роджерс.

**49.** Понятие «жизненный стиль» в психотерапию внес:

- а) Юнг;
- б) Адлер;
- в) Перлс;
- г) Фрейд.

**50.** Фрейдовская теория развития личности была ... теорией.

- а) биологически обоснованной;
- б) социологически ориентированной;
- в) социобиопсихологической.

**51.** Психоанализ по З. Фрейду – это:

- а) метод психологического исследования;
- б) метод психотерапии;
- в) мировоззрение;
- г) все перечисленное.

**52.** Примерная продолжительность курса классического психоанализа:

- а) 2–3 сеанса;
- б) 2–3 недели;
- в) 2–3 месяца;
- г) 2–3 года.

**53.** Классический психоанализ включает следующие основные этапы, за исключением:

- а) продуцирование материала;
- б) анализ материала;
- в) свободное ассоциирование;
- г) рабочий альянс.

**54.** В теории личности Фрейда значимым аспектом является:

- а) стремление к превосходству;
- б) чувство неполноценности;
- в) бессознательное;
- г) самоактуализация.

**55.** Позиция ортодоксального психоаналитика по отношению к пациенту:

- а) директивная и принимающая;
- б) недирективная и принимающая;
- в) принимающая и поддерживающая;
- г) директивная и дистанцированная.

**56.** Основным механизмом невроза, по Фрейду, является:

- а) вытеснение комплексов в подсознание;
- б) конфликт между Ид и Эго;
- в) конфликт между Эго и Суперэго;
- г) слабая цензура.

**57.** Внутренние силы пациента, находящиеся в аппозиции к психоаналитической работе и защищающие невроз от терапевтического воздействия, – это:

- а) перенос;
- б) сопротивление;
- в) механизмы защиты;
- г) конфронтация.

**58.** Перенесение на психоаналитика чувств, которые пациент испытывал по отношению к другим людям, прежде всего родителям, это:

- а) контрперенос;
- б) перенос;
- в) сопротивление;
- г) механизмы защиты.

**59.** Имеются ли в психоанализе элементы суггестии:

- а) да;
- б) нет.

**60.** В психоанализе термин «абстиненция» означает:

- а) состояние похмелья;
- б) «работу» сновидения;
- в) апогей эмоционального напряжения;
- г) технику интерпретации.

**61.** В начале своей деятельности Фрейд рассматривал перенос как:

- а) препятствие для аналитической работы;
- б) основной инструмент психоаналитической работы;
- в) процесс, посредством которого достигаются инсайты;
- г) механизм формирования невроза.

**62.** Представителем «культурного психоанализа» не является:

- а) Салливан;
- б) Хорни;
- в) Адлер;
- г) Райх.

**63.** В 1950 году Хайман изменил бытовавший в анализе взгляд на контрперенос. Контрперенос стал рассматриваться как:

- а) механизм блокировки проявления эмпатии к клиенту;
- б) защитная активность терапевта;
- в) препятствие на пути оказания помощи пациенту;
- г) средство понимания пациента терапевтом.

**64.** В контрпереносе выделяют все ниже перечисленные реакции, за исключением:

- а) реалистические реакции-ответы;
- б) реакцию на перенос;

в) реакции-ответы на материал, близкий проблемам клиента, что делает его нечувствительным к этой области исследования;

г) характерные реакции самого терапевта.

**65.** Задача терапевта при работе с контрпереносом:

а) предотвращение возникновения контрпереноса;

б) устранение контрпереноса;

в) уменьшение времени на его обнаружение и адекватное использование в психотерапии;

г) игнорирование наличия контрпереноса.

**66.** Психоанализом с терапевтической целью в Беларуси может заниматься:

а) подготовленный психолог;

б) любой человек, имеющий высшее медицинское образование;

в) любой человек, имеющий высшее психологическое образование;

г) врач, имеющий специальную подготовку.

**67.** Способы неосознаваемой регуляции деятельности, с помощью которых происходит вытеснение неприятных для личности психических содержаний, – это:

а) контрперенос;

б) перенос;

в) сопротивление;

г) механизмы защиты.

**68.** Катексис – это:

а) инстинкт;

б) защитный механизм;

в) динамика либидозной энергии;

г) либидозная энергия.

**69.** К психоаналитическим процедурам относятся все нижеперечисленные, за исключением:

а) конфронтация;

б) прояснение;

в) сократовский диалог;

г) интерпретация.

**70.** По мнению Э. Бибринг, «высшая инстанция в иерархии терапевтических принципов, на которых основывается психоанализ», это:

а) интерпретация;

б) инструкция;

в) реконструкция;

г) разъяснение.

**71.** Противоречивость требований внутри субъекта называется в психодинамическом направлении:

а) хронический конфликт;



- б) интрапсихический конфликт;
- в) конфликт между частями личности;
- г) конфликт ценностей.

**72.** В психоанализе выделяют следующие виды терапевтических отношений, за исключением:

- а) рабочий альянс;
- б) перенос;
- в) конгруэнтные отношения;
- г) контрперенос.

**73.** Отреагирование, или катарсис, является:

- а) осознанием негативных переживаний;
- б) разрядкой неприятных эмоций и импульсов;
- в) отреагированием негативных чувств;
- г) интенсивное переживание неприятных чувств.

**74.** Свободные ассоциации – это:

- а) метод сбора анамнеза;
- б) диагностический метод;
- в) основной метод продуцирования материала;
- г) метод арттерапии.

**75.** Процесс привлечения внимания пациента к какому-то конкретному явлению с целью его прояснения и понуждения пациента к признанию того, чего он избегает и что ему в дальнейшем придется признать и осознать еще более четко, называется:

- а) проработка;
- б) интерпретация;
- в) прояснение;
- г) конфронтация.

**76.** Защита, связанная с осознанием и использованием в мышлении только той части воспринимаемой информации, благодаря которой собственное поведение предстает как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам:

- а) морализация;
- б) рационализация;
- в) изоляция;
- г) репрессия.

**77.** Защита, позволяющая блокировать неприятные эмоции, так что связь между каким-то событием и его эмоциональной окраской в сознании индивидуума не проявляется:

- а) морализация;
- б) рационализация;
- в) изоляция;
- г) репрессия.

**78.** Мотивированное забывание, или игнорирование, мыслей, воспоминаний, переживаний, это:

- а) морализация;
- б) рационализация;
- в) изоляция;
- г) репрессия.

**79.** Материалом психоанализа служит все нижеперечисленное, за исключением:

- а) свободные ассоциации;
- б) реакция переноса;
- в) состояние сомнамбулы;
- г) сопротивление.

**80.** Трансвер – это:

- а) перенос на врача чувств клиента;
- б) перенос врачом чувств на клиента;
- в) особое состояние сознания;
- г) термин из аналитической терапии.

**81.** На приеме у динамического психотерапевта пациентка намеками демонстрирует к нему симпатию; психотерапевту следует выбрать конструктивную тактику:

- а) не замечать такого поведения, поскольку переживания пациентки – это ее дело;
- б) во время сеанса не обращать внимание на такое поведение пациентки, а после окончания встречи вне основного времени обсудить с ней ее поведение;
- в) напрямую поговорить о поведении пациентки в начале сеанса, чтобы можно было бы без помех продолжить работу;
- г) сделать обнаруженный факт симпатии пациентки к себе содержанием занятия.

**82.** Тревога, с точки зрения Фрейда, является функцией:

- а) Ид;
- б) Эго;
- в) Суперэго;
- г) всех.

**83.** Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на:

- а) переучивание;
- б) осознание;
- в) приобретение нового опыта;
- г) переработку иррациональных установок.

**84.** Психическая инстанция запрета, ответственная за недопущение в предсознание и сознание бессознательных желаний и возникших на их основе образований, называется:

- а) психологическая защита;

- б) смещение;
- в) цензура;
- г) сгущение.

**85.** Классическая психоаналитическая модель терапии предполагает:

- а) не дифференцированную по фазам проработку интрапсихических конфликтов пациента на эдиповом уровне;
- б) не дифференцированную по фазам проработку интрапсихических конфликтов пациента на всех этапах психосексуального развития;
- в) дифференцированную по фазам проработку интрапсихических конфликтов пациента на эдиповом уровне;
- г) дифференцированную по фазам проработку интрапсихических конфликтов пациента на всех этапах психосексуального развития.

**86.** Схема работы с сопротивлением пациента в психоанализе состоит из следующих этапов, за исключением:

- а) распознавание;
- б) определение;
- в) демонстрация;
- г) прояснение.

**87.** Противопоказанием для психоанализа является все нижеуказанное, за исключением:

- а) олигофрении;
- б) маниакально-депрессивного психоза;
- в) перверсной психопатии;
- г) галлюцинаторно-параноидной шизофрении.

**88.** Основателем индивидуальной психологии является:

- а) Берн;
- б) Хорни;
- в) Бек;
- г) Адлер.

**89.** Согласно Адлеру, существенной характеристикой личности является:

- а) чувство общности;
- б) ориентация интересов на внешний или внутренний мир;
- в) организмический оценочный процесс;
- г) защитный панцирь.

**90.** Субъективное представление человека о себе и мире, которое детерминирует его поведение, называется:

- а) стиль жизни;
- б) социальный интерес;
- в) схема апперцепции;
- г) жизненная цель.

**91.** Уникальный способ, выбираемый человеком для реализации своих жизненных целей:

- а) стиль жизни;
- б) социальный интерес;
- в) схема апперцепции;
- г) жизненная цель.

**92.** Ценностное отношение к жизни вообще и к тому, что находится вне индивида, называется:

- а) стиль жизни;
- б) социальный интерес;
- в) схема апперцепции;
- г) жизненная цель.

**93.** Адлер выделяет три жизненные задачи, за исключением:

- а) работа;
- б) дружба;
- в) брак;
- г) любовь.

**94.** Причиной невроза, по Адлеру, является:

- а) чувство неполноценности;
- б) компенсация;
- в) чувство неполноценности и компенсация;
- г) самоутверждение.

**95.** Адлер выделяет три вида невротических симптомов, за исключением:

- а) бегство в болезнь;
- б) идеализация;
- в) «мужской» протест;
- г) желание власти.

**96.** Адлерианская психотерапия рассматривается как:

- а) просветительское мероприятие;
- б) образовательное предприятие;
- в) когнитивный диспут;
- г) медицинская помощь.

**97.** Целью адлерианской психотерапии является:

- а) изменение глубинных убеждений;
- б) отреагирование негативных эмоций;
- в) развитие личности;
- г) развитие социального интереса.

**98.** В концепции психотерапии Адлера выделяют три аспекта, за исключением:

- а) понимание и принятие пациентом индивидуального стиля жизни;
- б) помощь пациенту в понимании себя;
- в) работа с симптомом;
- г) тренировка и усиление социального интереса;

**99.** Адлер описывал сопротивление клиента как:

- а) манипулятивное поведение;
- б) страх перед контактом с терапевтом;
- в) оговорки клиента.

**100.** К процедурам адлеровской терапии относятся все, за исключением:

- а) выстраивание отношений;
- б) анализ;
- в) интеграция полярностей;
- г) переориентация.

**101.** Ранние воспоминания в адлеровской терапии трактуются как:

- а) проективная техника;
- б) клинический метод;
- в) анамнестические сведения о клиенте;
- г) опыт.

**102.** Для превращения чувства недостаточности в «комплекс неполноценности» необходимо сочетание трех условий, за исключением:

- а) необходимость проявить позицию при решении проблемы;
- б) проблемы, вставшей перед человеком;
- в) неподготовленность человека к решению проблемы;
- г) убежденность человека в том, что он не сможет решить проблему.

**103.** Апперцепция – это:

- а) характеристика личности;
- б) психопатологический синдром;
- в) свойство психики воспринимать мир в зависимости от предыдущего опыта;
- г) способ получения информации при психоанализе.

**104.** Процесс социального интереса может быть направлен на объекты трех рода, за исключением:

- а) субсоциальные объекты;
- б) социальные объекты;
- в) супрасоциальные объекты;
- г) просоциальные объекты.

**105.** Компенсация, свойственная людям с высоким стремлением к превосходству и развитым социальным интересом, которые успешно справляются со всеми тремя задачами жизни, называется:

- а) реальная;
- б) идеальная;
- в) социальная;
- г) успешная.

**106.** Фикционным финализмом называется:

- а) положение о том, что человеческое поведение определяется стремлением к совершенствованию;
- б) положение о том, что человеческое поведение определяется целями планируемого будущего;
- в) положение о том, что человеческое поведение определяется стилем жизни;
- г) положение о том, что человеческое поведение определяется прошлым опытом.

**107.** По Хорни чувство «собственной незащищенности, слабости, беспомощности, незначительности в этом предательском, атакующем, унижающем, злобном, полном зависти и брани мире» называется:

- а) личностная тревожность;
- б) невротическая тревога;
- в) базальная тревога;
- г) первичная тревога.

**108.** Хорни выделяет две базовые потребности (за исключением):

- а) потребность в безопасности;
- б) потребность в самореализации;
- в) потребность в удовлетворении.

**109.** В концепции Хорни основное внимание при формировании как здоровой, так и невротической личности уделяется ...детерминантам:

- а) биологическим;
- б) социальным;
- в) социальным и биологическим.

**110.** К типам защитных реакций в концепции базальной тревоги Хорни относятся все, за исключением:

- а) защитный механизм беспомощности;
- б) защитный механизм враждебности;
- в) защитный механизм компенсации;
- г) защитный механизм ухода.

**111.** Защитный механизм ухода связан с одним из трех типов личности:

- а) агрессивный тип личности;
- б) отстраненный тип личности;
- в) уступающий тип личности.

**112.** «Тирания долга» – это:

- а) постановка фиктивных целей;
- б) стремление к превосходству над людьми;
- в) безжалостные внутренние требования, терзающие невротика;
- г) стремление повысить самооценку.

**113.** Основная форма терапевтической работы в характерологическом анализе Хорни:

- а) психоанализ;
- б) самоанализ;
- в) анализ поведенческой стратегии;
- г) анализ жизненного стиля.

**114.** Вариант динамической психотерапии, разработанный советскими психотерапевтами:

- а) психосинтез;
- б) позитивная психотерапия;
- в) личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия;
- г) рационально-эмотивная психотерапия.

**115.** К какому направлению психотерапии относится патогенетическая психотерапия Мясищева:

- а) психодинамическому;
- б) бихевиористскому;
- в) экзистенциально-гуманистическому;
- г) когнитивному.

**116.** Основной задачей личностно-ориентированной психотерапии на начальном этапе является:

- а) выработка и закрепление желаемых форм поведения;
- б) устранение симптомов;
- в) бессознательные психические процессы должны быть как можно более глубоко раскрыты и представлены сознанию;
- г) установление контакта и определение дезадаптивных стереотипов в когнитивной, эмоциональной, поведенческой сферах личности.

**117.** К приемам личностно-ориентированной терапии при неврозах относятся:

- а) диалог между частями личности;
- б) моделирование;
- в) советы, относительно решения трудной ситуации;
- г) осознание психологических механизмов невроза.

**118.** Утверждение, что «патогенной основой различных форм невроза являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, – с другой», характерно для:

- а) психоаналитической терапии;
- б) патогенетической терапии;
- в) поведенческой психотерапии;
- г) гуманистической психотерапии.

**119.** Наименьшее значение в качестве надежной оценки эффективности и устойчивости личностно-ориентированной психотерапии при неврозах имеет:

- а) степень восстановления полноценности социального функционирования больного;
- б) осознание психологических механизмов невроза;
- в) перестройка нарушенных отношений личности, послуживших причиной невротических расстройств;
- г) симптоматическое улучшение.

**120.** К механизмам лечебного воздействия в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии относятся все, за исключением:

- а) конфронтация;
- б) корректирующий эмоциональный опыт и эмоциональная поддержка;
- в) когнитивный диспут;
- г) научение.

**121.** Как самостоятельное направление когнитивная психотерапия сформировалась в ... XX века:

- а) 30-е;
- б) 60-е;
- в) 80-е
- г) 50-е.

**122.** Основные положения когнитивной психотерапии были сформулированы:

- а) Адлером;
- б) Скиннером;
- в) Бехтеревым;
- г) Беком.

**123.** Когнитивное направление в психотерапии преследует следующую цель, кроме:

- а) идентификации ложных установок и эмоциональное отреагирование;
- б) идентификации ложных установок и выяснение их генеза;
- в) идентификация ложных установок и их реконструкцию;
- г) реконструкции отношений личности.

**124.** Когнитивная психотерапия:

- а) объединяет бихевиоризм и психоанализ и входит структурно в эти психотерапевтические направления;
- б) противопоставляет себя бихевиоризму и не входит структурно в это психотерапевтическое направление;
- в) основывается на психоанализе и входит структурно в это психотерапевтическое направление;



г) не противопоставляет себя бихевиоризму и входит структурно в это психотерапевтическое направление.

**125.** Мысли, которые появляются спонтанно и вызываются различными обстоятельствами, называются:

- а) естественные мысли;
- б) иррациональные когниции;
- в) автоматические мысли;
- г) рациональные когниции.

**126.** Когнитивная схема – это:

- а) картина мира;
- б) базальное убеждение;
- в) представления о себе;
- г) информационная программа.

**127.** Бек выделяет следующие уровни когнитивной сферы, за исключением:

- а) уровень произвольных мыслей;
- б) уровень автоматических мыслей;
- в) уровень непроизвольных мыслей;
- г) уровень убеждений.

**128.** Когнитивные искажения – это:

- а) систематические ошибки в суждениях;
- б) иррациональные представления;
- в) бессознательные ошибки;
- г) отсутствие логики в рассуждениях.

**129.** Основными стратегиями когнитивной терапии являются все, за исключением:

- а) эмпиризм сотрудничества;
- б) эксперимент;
- в) сократовский диалог;
- г) направляемое открытие.

**130.** Когнитивная психотерапия ориентирована на:

- а) решение проблемы;
- б) работу с бессознательным;
- в) решение внутриличностного конфликта;
- г) достижение катарсиса.

**131.** Техника ABC является основным методом:

- а) поведенческой психотерапии;
- б) когнитивной психотерапии;
- в) рационально-эмотивной терапии;
- г) когнитивно-поведенческой психотерапии.

**132.** Техниками когнитивной терапии являются все, за исключением:

- а) децентрализация;
- б) вербализация;

- в) декатастрофизация;
- г) реатрибуция.

**133.** Оценка понятий, которые действительно располагаются в континууме, как взаимоисключающих вариантов, называется:

- а) психологизирование;
- б) дихотомическое мышление;
- в) поляризованное мышление;
- г) патологизирование.

**134.** Когнитивная модель депрессии включает все нижеперечисленное, за исключением:

- а) негативное представление о себе;
- б) негативный взгляд на мир;
- в) негативный взгляд на людей;
- г) нигилистический взгляд на будущее.

**135.** В рационально-эмотивной терапии Эллиса выделяют группы иррациональных установок, за исключением:

- а) установки долженствования;
- б) установки самореализации;
- в) катастрофические установки;
- г) установки обязательной реализации потребностей.

**136.** Когнитивная психотерапия показана людям с:

- а) высокой эмоциональной устойчивостью;
- б) развитыми коммуникативными способностями;
- в) способностью к самоанализу и анализу своих мыслей;
- г) выраженным познавательным интересом.

**137.** Эмоциональные нарушения (в концепции Эллиса) имеют в своей основе:

- а) неконгруэнтность взаимодействия;
- б) когнитивные ошибки;
- в) рациональные убеждения;
- г) личностные установки.

**138.** Иррациональные установки – это:

- а) жесткие эмоционально-когнитивные связи;
- б) базальные убеждения;
- в) когнитивные схемы;
- г) искаженное мышление.

**139.** Рационально-эмотивная терапия Эллиса относится к:

- а) недирективной терапии;
- б) активно-директивной терапии;
- в) позитивной терапии;
- г) рациональной терапии.

**140.** Тип познания, которое включает оценки в виде рациональных и иррациональных когниций, – это:

- а) дескриптивное познание;
- б) эмпирическое познание;
- в) логическое познание;
- г) оценочное познание.

**141.** Эллис выделил ... иррациональных(е) идей(и):

- а) 12 основных;
- б) 4 основные;
- в) 10 основных;
- г) 14 основных.

**142.** Иррациональные суждения характеризуются всеми признаками, за исключением:

- а) не отражают реальность;
- б) ограничивают свободу выбора;
- в) приводят к длительным негативным эмоциям;
- г) выражают пожелания определенного развития событий;
- д) выражают абсолютное требование, приказ.

**143.** В рационально-эмотивной терапии:

- а) не уделяется внимание прошлому клиента;
- б) уделяется внимание прошлому клиента;
- в) уделяется внимание прошлому и настоящему клиента;
- г) не уделяется внимание будущему клиента.

**144.** Рационально-эмотивная терапия:

- а) имеет исчерпывающую теорию личности;
- б) не имеет исчерпывающей теории личности;
- в) не нуждается в теории личности;
- г) не предполагает разработку теории личности.

**145.** Рационально-эмотивная терапия является:

- а) краткосрочной терапией;
- б) долговременной терапией.

**146.** Противопоказаниями к рационально-эмотивной терапии являются все указанные ниже, за исключением:

- а) высокий уровень тревоги у пациента;
- б) «грубость» психической организации пациента, его неспособность к рефлексии;
- в) униполярная депрессия;
- г) психическая неадекватность.

**147.** Рационально-эмотивная терапия показана при всех перечисленных нарушениях, кроме:

- а) сексуальные нарушения;
- б) выраженное маниакальное состояние;
- в) расстройства характера;
- г) легкая форма умственной отсталости.

**148.** В РЭТ выделяют следующие типы диспута, за исключением ... диспут.

- а) когнитивный;
- б) образный;
- в) поведенческий;
- г) эмоциональный.

**149.** Диспут в когнитивной психотерапии затрагивает три уровня, за исключением:

- а) личностный;
- б) эмоциональный;
- в) когнитивный;
- г) поведенческий.

**150.** С точки зрения бихевиоризма, психология должна стать наукой о:

- а) внутренней реальности;
- б) психических процессах;
- в) развитии личности;
- г) поведении.

**151.** Научение – это:

- а) изменения поведения на основании образца;
- б) процесс развития человека;
- в) процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков;
- г) способ изменения поведения.

**152.** Теорию оперантного обусловливания разработал:

- а) Павлов;
- б) Скиннер;
- в) Бехтерев;
- г) Бандура.

**153.** Оперантное обусловливание имеет все нижеперечисленные особенности, за исключением:

- а) обусловливание чаще всего происходит вне сфер сознания;
- б) обусловливание поддерживается вне сознания;
- в) обусловливание тогда эффективно, когда элементы неосознанного не соединяются с сознательным;
- г) обусловливание тогда эффективно, когда элементы неосознанного соединяются с сознательным (неосознанное осознается).

**154.** Если поведение закрепляется (контролируется) его результатами или последствиями – это:

- а) оперантное обусловливание;
- б) классическое обусловливание;
- в) моделирование;
- г) подражание.

**155.** Представители поведенческого направления считают симптомы и поведенческие проблемы результатом:

- а) пробелов в образовании, обучении и воспитании;
- б) сложностей развития ребенка в раннем возрасте;
- в) внутриличностного конфликта;
- г) искажения представлений о реальности.

**156.** Невротический симптом рассматривается в поведенческой терапии как:

- а) эмоциональное нарушение;
- б) компенсация неполноценности;
- в) неадаптивное или патологическое поведение;
- г) характерологическая особенность.

**157.** Уотсон считал, что законы поведения человека формируются в основном под влиянием:

- а) внешней среды и имитационного поведения;
- б) убеждений;
- в) внешней среды;
- г) убеждений и внешней среды.

**158.** Личность определяется Скиннером как:

- а) результат полученного опыта;
- б) сумма паттернов поведения;
- в) результат идентификации со значимым взрослым;
- г) сумма реакций на внешние стимулы.

**159.** Любой стимул, увеличивающий вероятность определенной (заранее запрограммированной) реакции, определяется как:

- а) поведение;
- б) подкрепление;
- в) реактивное обусловливание;
- г) фиксация.

**160.** К процедурам поведенческой терапии относятся все, за исключением:

- а) поведенческий анализ;
- б) интервью;
- в) домашняя работа;
- г) поведенческий диспут.

**161.** Поведенческая психотерапия относится к:

- а) симптомо-ориентированной;
- б) основанной на теориях научения;
- в) использующей подкрепление и наказание;
- г) использующей моделирование.

**162.** Поведенческая терапия в своей теории опирается, прежде всего, на понятие:

- а) вытеснение;

- б) сопротивление;
- в) научение;
- г) фигура и фон.

**163.** К методам поведенческой психотерапии относятся все, за исключением:

- а) реципрокная ингибция;
- б) нервно-мышечная релаксация;
- в) метод редукции поведения;
- г) метод парадоксальной интенции.

**164.** Точное название метода, предложенного Джекобсоном:

- а) психофизиологическая саморегуляция;
- б) прогрессивная нервно-мышечная релаксация;
- в) сосредоточенное саморасслабление;
- г) мышечная деконцентрация.

**165.** Метод систематической десенсибилизации основан на:

- а) оперантном обусловливании;
- б) научении по моделям;
- в) классическом обусловливании;
- г) внушении.

**166.** Прием поведенческой психотерапии, заключающийся в предоставлении пациенту фигуры, модели, которая отсутствует в его поведенческом репертуаре, называется:

- а) редукция поведения;
- б) моделирование;
- в) реципрокная ингибция;
- г) психодрама.

**167.** К методам, усиливающим поведение, относятся все нижеперечисленные за исключением:

- а) негативное подкрепление;
- б) позитивное подкрепление;
- в) жетонная система;
- г) наказание.

**168.** К эмоционально-стрессовым методам работы с фобиями в поведенческой терапии не относится:

- а) метод самовнушения;
- б) парадоксальная интенция;
- в) имплозия;
- г) методика вызванного гнева.

**169.** Понятие и теория поведенческого направления в психотерапии связаны со следующими именами, кроме:

- а) Павлов;
- б) Вольпе;
- в) Перлс;
- г) Скиннер.

**170.** Работы Скиннера заложили психологические и методологические основы современного:

- а) программированного обучения;
- б) интерактивного обучения;
- в) проблемного обучения;
- г) развивающего обучения.

**171.** Метод прогрессивной мышечной релаксации был предложен:

- а) Куэ;
- б) Джекобсоном;
- в) Шульцем;
- г) Месмером.

**172.** Толмен считал возможным:

- а) сочетание бихевиоризма с когнитивной психотерапией;
- б) сочетание бихевиоризма с гештальттерапией;
- в) сочетание бихевиоризма и глубинной психотерапией;
- г) сочетание бихевиоризма с глубинной психологией, гештальт-психологией и другими направлениями психологии.

**173.** Бихевиориальная терапия занимается:

- а) глубинной проблемой, влияющей на формирование личности;
- б) стоящей за симптомом проблемой;
- в) симптомом;
- г) проблемой и симптомом.

**174.** Главное в работе терапевта-бихевиориста – это:

- а) решение внутриличностного конфликта;
- б) изменение поведения клиента;
- в) изменение картины мира;
- г) изменение эмоционального состояния.

**175.** Большой вклад в развитие бихевиоризма внесли:

- а) Джеймс;
- б) Павлов и Бехтерев;
- в) Перлз и Гудмен;
- г) Бек и Эллис.

**176.** «Когнитивная карта» – это:

- а) психотерапевтический метод;
- б) элемент поведенческой психотерапии;
- в) элемент когнитивной психотерапии;
- г) физиологическое понятие.

**177.** Техника, состоящая в наказании за неадаптивную реакцию и плохое поведение (электрический разряд в момент неадаптивного поведения), называется:

- а) техника имплозии;
- б) техника прогрессивной нервно-мышечной релаксации;

- в) техника наводнения;
- г) техника аверзии.

**178.** Техника длительной экспозиции психотравмирующего объекта, приводящая к запредельному торможению, которое сопровождается утерей психологической чувствительности к воздействию объекта:

- а) техника имплозии;
- б) техника прогрессивной нервно-мышечной релаксации;
- в) техника наводнения;
- г) техника аверзии.

**179.** Автором техники рисуночная десенсибилизация страхов, которая эффективна для детей в возрасте 6–9 лет, является:

- а) Довженко;
- б) Захаров;
- в) Вольпе;
- г) Лазарус.

**180.** В поведенческой терапии прогноз и результативность лечения определяются:

- а) изменением базальных убеждений;
- б) изменением эмоциональной сути отношений;
- в) субъективным ощущением улучшения самочувствия;
- г) в параметрах наблюдаемого улучшения поведения.

**181.** В основе экзистенциальной психотерапии лежит:

- а) феноменологическая и экзистенциальная философия;
- б) феноменологическая психология;
- в) феноменологическая и экзистенциальная философия и психология;
- г) экзистенциальная философия.

**182.** Не является представителем экзистенциально-гуманистического направления психотерапии:

- а) Мей;
- б) Бьюдженталь;
- в) Ялом;
- г) Гольдштейн.

**183.** Понятие «самоактуализация» является одним из важнейших в:

- а) когнитивной психологии;
- б) гуманистической психологии;
- в) социальной психологии;
- г) возрастной психологии.

**184.** «Третьей силой» в психологии и психотерапии называли:

- а) психоанализ;
- б) бихевиоризм;
- в) гуманистическое направление;
- г) экзистенциализм.



**185.** Основателем клиентцентрированной психотерапии был:

- а) Маслоу;
- б) Роджерс;
- в) Перлз;
- г) Адлер.

**186.** Клиент-центрированная психотерапия предполагает:

- а) использование свободных ассоциаций;
- б) директивное отношение психотерапевта к клиенту;
- в) работу с иррациональными установками личности;
- г) изменение системы отношений пациента.

**187.** Совокупность переживаний, все, что потенциально доступно сознанию и происходит в организме и с организмом в любой данный момент времени, – это:

- а) опыт;
- б) самость;
- в) конгруэнтность;
- г) я-концепция.

**188.** Представление о себе, которое изменяется в процессе развития личности:

- а) опыт;
- б) самость;
- в) конгруэнтность;
- г) самоактуализация.

**189.** Механизмами защиты в клиентцентрированной терапии являются все, за исключением:

- а) искажение восприятия;
- б) изоляция;
- в) отрицание.

**190.** Основное в учении К. Роджерса:

- а) психоанализ;
- б) гештальттерапия;
- в) терапия, центрированная на клиенте;
- г) аналитическая психотерапия.

**191.** К наиболее часто используемым приемам в клиент-центрированной терапии относятся все нижеперечисленные, за исключением:

- а) вербализация;
- б) умелое использование молчания;
- в) отражение эмоций;
- г) обратная связь.

**192.** Термин «организм» рассматривается Роджерсом как:

- а) биологический носитель личности;
- б) сосредоточение всего опыта переживаний;

- в) система представлений о себе;
- г) совокупность физиологических функций.

**193.** К техникам клиентцентрированной терапии относятся все, за исключением:

- а) метафора;
- б) опровержение;
- в) техника повторов;
- г) техника обобщения.

**194.** Соответствие между воспринимаемым Я и актуальным опытом переживаний называется:

- а) опыт;
- б) самость;
- в) конгруэнтность;
- г) самоактуализация.

**195.** Вербализация терапевтом миро- и самоощущения клиента называется:

- а) эмпатический ответ;
- б) рефлексивный ответ;
- в) психотерапевтическое интервью;
- г) метафора.

**196.** В «тираду Роджерса» входят все элементы, кроме:

- а) аутентичность;
- б) эмпатия;
- в) директивность;
- г) безусловная положительная оценка пациента.

**197.** Вид эмпатии, являющийся возможной причиной быстрого развития «синдрома эмоционального сгорания»:

- а) предикативный;
- б) эмоциональный;
- в) когнитивный;
- г) все перечисленные.

**198.** Результатом клиентцентрированной терапии являются все нижеперечисленные изменения, за исключением:

- а) повышается открытость опыту;
- б) изменяются глубинные убеждения;
- в) формируется внутренний локус оценки;
- г) углубляются переживания.

**199.** Процесс, в котором терапевт становится все ближе и ближе к мыслям и чувствам клиента:

- а) аутентичность;
- б) эмпатия;
- в) директивность;
- г) безусловная положительная оценка пациента.

**200.** Клиентцентрированная терапия опирается на:

- а) непосредственную конкретную ситуацию;
- б) прошлый опыт клиента;
- в) непосредственную конкретную ситуацию и прошлый опыт клиента;
- г) будущее.

**201.** Вид защиты в клиентцентрированной терапии, представляющий собой процесс трансформации угрожающих переживаний в такую форму, которая соответствует и согласуется с Я-концепцией:

- а) рационализация;
- б) искажение восприятия;
- в) отрицание;
- г) идентификация.

**202.** Понятие, разработанное в гуманистической психологии и психотерапии, отражающее одну из важнейших интегративных характеристик личности:

- а) аутентичность;
- б) эмпатия;
- в) директивность;
- г) безусловная положительная оценка пациента.

**203.** Основателем гештальттерапии терапии был:

- а) Маслоу;
- б) Роджерс;
- в) Перлз;
- г) Адлер.

**204.** Между теориями гештальтпсихологии и гештальттерапии:

- а) существуют важные теоретические различия;
- б) не существует значительных теоретических различий.

**205.** Теорию взаимодействия индивидуального и психосоциального полей, а также теорию групповой динамики разработал:

- а) Максвелл;
- б) Франкл;
- в) Левин;
- г) Гудмен.

**206.** Гештальттерапия и гуманистическая психология имеют общие ценности, за исключением:

- а) стремление к успеху и достижениям;
- б) признание ценности своего тела, на удовлетворение фундаментальных жизненных потребностей, на выражение чувств;
- в) движение по собственному пути при одновременном уважении к своеобразию и особенностям других людей;
- г) развитие и самореализация.

**207.** Гештальт – это:

- а) целостность;
- б) фигура;
- в) отреагированная или неотреагированная потребность;
- г) все перечисленное.

**208.** Self с позиции гештальттерапии – это:

- а) структурная часть психики;
- б) процесс взаимодействия на контактной границе поля «организм–среда»;
- в) сущность, находящаяся внутри человека;
- г) объект изменений.

**209.** Self проявляется:

- а) процессом образования «фигуры-фона»;
- б) процессом интеграции;
- в) процессом восприятия;
- г) процессом адаптации.

**210.** Система Self в гештальттерапии имеет три нижеперечисленные функции, за исключением функции:

- а) ид;
- б) эго-;
- в) контакта;
- г) личности.

**211.** К отличительным характеристикам контакта в гештальттерапии относятся все, за исключением:

- а) контактная граница;
- б) эго-граница;
- в) фигура-фон.

**212.** Модель эпизодов контакта Ирвина и Мириам Польстеров состоит из ... этапов.

- а) восьми;
- б) пяти;
- в) четырех;
- г) семи.

**213.** В гештальттерапии оптимальное состояние личности называется:

- а) идентичность;
- б) зрелость;
- в) взрослость;
- г) целостность.

**214.** В гештальттерапии возникновение невротического состояния связано с:

- а) идеализацией;
- б) иррациональным мышлением;

- в) неспособностью индивида полностью отвечать за себя;
- г) стремлением к превосходству.

**215.** Осведомленность о том, что происходит внутри организма и в его окружающей среде, называется:

- а) ориентация на настоящее;
- б) ответственность;
- в) осознание;
- г) осведомленность.

**216.** Теория гештальттерапии гласит, что функционирование всех организмов подчинено принципу:

- а) саморегуляции;
- б) саморазвития;
- в) самоактуализации;
- г) резонанса.

**217.** Цикл контакта (по Гудмену) включает ... фаз(ы):

- а) пять;
- б) восемь;
- в) четыре;
- г) семь.

**218.** Момент креативного синтеза, который формирует кульминацию «фигуры», называется:

- а) финальным контактом;
- б) постконтактом;
- в) контактированием;
- г) преконтактом.

**219.** Фаза, когда «фигура» начинает формироваться и развиваться, называется:

- а) финальным контактом;
- б) постконтактом;
- в) контактированием;
- г) преконтактом.

**220.** Способами контакта в гештальттерапии являются все нижеперечисленные, за исключением:

- а) зрение;
- б) речь;
- в) прикосновение;
- г) звук.

**221.** Тревога рассматривается с точки зрения гештальттерапии как:

- а) психосоматическое событие;
- б) эмоциональная реакция;
- в) диффузная недифференцированная реакция на опасность;
- г) конверсия вытесненного либидо.

**222.** В гештальттерапии выделяют три уровня тревоги (Немиринский), за исключением:

- а) биологический;
- б) индивидуально-психологический;
- в) личностный;
- г) социально-психологический.

**223.** Механизмами прерывания контакта в гештальттерапии являются все, за исключением:

- а) ретрофлексия;
- б) интроекция;
- в) рационализация;
- г) проекция.

**224.** Тенденция присваивать себе убеждения, способы мышления и поступки других людей без критики и попытки сделать их своими собственными называется:

- а) ретрофлексия;
- б) интроекция;
- в) рационализация;
- г) проекция.

**225.** Делание себе того, что человек первоначально делал, пытался или хотел делать другим людям или с другими людьми, – это:

- а) ретрофлексия;
- б) интроекция;
- в) слияние;
- г) проекция.

**226.** Тенденция переносить собственные ошибки и ответственность за то, что происходит внутри Я, на других, на окружающую среду, называется:

- а) ретрофлексия;
- б) интроекция;
- в) слияние;
- г) проекция.

**227.** Способ снятия напряжения актуального контакта, заключающийся в уклонении от прямого контакта с другим человеком, а также игнорировании стимулов из внешней среды, называется:

- а) ретрофлексия;
- б) дефлексия;
- в) слияние;
- г) проекция.

**228.** В гештальттерапии невроз состоит из слоев – уровней. Количество их:

- а) шесть;
- б) пять;

- в) три;
- г) четыре.

**229.** Невроз в гештальттерапии развивается при утрате ... функции(й):

- а) ид;
- б) эго-функция;
- в) персоны;
- г) всех функций.

**230.** Уровень невроза в гештальттерапии, характеризующийся отсутствием поддержки и неумением в достаточной мере опереться на себя, называется:

- а) клише;
- б) тупика;
- в) внутреннего взрыва;
- г) внешнего взрыва.

**231.** Импульзией в гештальттерапии называют ... уровень:

- а) клише;
- б) тупика;
- в) внутреннего взрыва;
- г) внешнего взрыва.

**232.** В гештальттерапии симптом рассматривается как:

- а) форма контакта;
- б) патологическое поведение;
- в) психосоматическое нарушение;
- г) нарушение саморегуляции.

**233.** Концепцию межличностного гештальта предложил:

- а) Бубер;
- б) Гудмен;
- в) Перлз;
- г) Гринберг.

**234.** Гештальттерапия обрела стройную теорию благодаря вкладу:

- а) Гудмена;
- б) Бубера;
- в) Бьюдженталя;
- г) Гольштейна.

**235.** Жизненную философию гештальттерапии, сформулированную в «девяяти заповедях», ведущих к аутентичному существованию, предложил:

- а) Бубер;
- б) Гудмен;
- в) Наранхо;
- г) Перлз.

**236.** В понимании механизмов развития личности гештальттерапия близка к:

- а) личностно-ориентированной терапии;

- б) психоанализу;
- в) гуманистической терапии;
- г) экзистенциальной терапии.

**237.** Базовыми характеристиками терапевтических отношений в гештальттерапии являются:

- а) зависимость и автономность;
- б) свобода и независимость;
- в) взаимозависимость и творчество;
- г) директивность и обучение.

**238.** Принципами гештальттерапии являются все, за исключением принципа:

- а) осознания;
- б) ответственности;
- в) саморазвития;
- г) «здесь и сейчас».

**239.** В гештальттерапии состояние психического здоровья характеризуется:

- а) зрелостью;
- б) конгруэнтностью;
- в) самоактуализацией;
- г) полноценным функционированием.

**240.** Процедурами гештальттерапии являются все, за исключением:

- а) работа с полярностями;
- б) расширение осознания;
- в) репетиция поведения;
- г) эксперимент.

**241.** К интервенциям гештальттерапевта относятся все нижеперечисленные, за исключением:

- а) обратная связь;
- б) телесный резонанс;
- в) амплификация (преувеличение);
- г) конфронтация со стереотипными высказываниями.

**242.** Философской основой терапевтических отношений в гештальттерапии является концепция:

- а) Гуссерля;
- б) Бьюдженталя;
- в) Бубера;
- г) Хайдеггера.

**243.** В основе гештальттерапии лежит:

- а) психоанализ;
- б) бихевиоризм;
- в) экзистенциализм;
- г) все перечисленное.



**244.** Психотерапия, которая центрируется на жизненном смысле, называется:

- а) клиентцентрированная;
- б) логотерапия;
- в) экзистенциальная;
- г) гуманистическая.

**245.** Франкл выделяет три группы ценностей, за исключением ценности:

- а) отношения;
- б) творчества;
- в) переживания;
- г) самореализации.

**246.** Основателем логотерапии является:

- а) Франкл;
- б) Родженс;
- в) Маслоу;
- г) Бек.

**247.** Смысловой орган, интуитивная способность отыскивать смысл, заложенный в конкретной ситуации, по Франклу, называется:

- а) ответственность;
- б) совесть;
- в) экзистенциальный вакуум;
- г) самость.

**248.** Переживание тотальной нехватки, или потери, основного смысла существования называется:

- а) ответственность;
- б) совесть;
- в) экзистенциальный вакуум;
- г) самость.

**249.** Техниками логотерапии являются все, за исключением:

- а) децентрация;
- б) парадоксальная интенция;
- в) дерефлексия.

**250.** Фундаментальными антропологическими характеристиками человеческого существования являются все, за исключением:

- а) самотрасценденция;
- б) самоопределение;
- в) самоотстранение.

**251.** Стремление человека к осуществлению наибольшего смысла его существования и реализации в своей жизни максимума ценностей – это:

- а) воля к смыслу;
- б) самотрасценденция;
- в) экзистенциальная фрустрация;
- г) дерефлексия.

**252.** Техника логотерапии, заключающаяся в поощрении пациента делать или желать те самые вещи, которых он боится, называется:

- а) дерефлексия;
- б) деперсонализация;
- в) парадоксальная интенция;
- г) систематическая десенсибилизация.

**253.** Невроз, в основе которого лежит конфликт с совестью, духовные проблемы или экзистенциальный кризис, называется:

- а) реактивным;
- б) ятрогенным;
- в) социогенным;
- г) ноогенным.

**254.** Психотерапия, которая направлена на создание условий, способствующих новому опыту, на основании которого пациент изменяет свою самооценку в положительном направлении, происходит сближение реального и идеального образа Я, приобретаются новые формы поведения, основанные на собственной системе ценностей, а не на оценке других:

- а) клиентцентрированная терапия;
- б) логотерапия;
- в) экзистенциальная терапия;
- г) гештальттерапия.

**255.** С. Мадди описал три клинические формы экзистенциальной патологии, за исключением:

- а) крусадерство («идеологический авантюризм»);
- б) нигилизм;
- в) фанатизм;
- г) вегетативность.

**256.** В рамках гуманистического подхода, невроз рассматривается как:

- а) результат фрустрации;
- б) противоречие в системе ценностей;
- в) невозможность самоактуализации, результат отчуждения человека от самого себя;
- г) результат дезадаптации.

**257.** Терапия, направленная на управление поведением человека, переучивание, устранение симптомов, выработку адаптивных форм поведения – это:

- а) логотерапия;
- б) поведенческая терапия;
- в) когнитивная терапия;
- г) гештальттерапия.

**258.** Положение о том, что человек рождается со склонностью к рациональному мышлению, но одновременно и со склонностью к паралогичности, а также может стать жертвой иррациональных идей, характерно для психотерапии:

- а) когнитивной;
- б) поведенческой;
- в) рационально-эмотивной;
- г) позитивной.

**259.** А. Storr выделил три важных аспекта «платы» за терапевтическую деятельность, за исключением:

- а) угроза утратить идентичность;
- б) угроза одиночества;
- в) сложности в личной жизни;
- г) угроза психических нарушений из-за постоянных столкновений с темными сторонами жизни и психической патологией.

**260.** Акцент на позитивной природе человека, на формировании в раннем возрасте стиля жизни и стремлении человека к достижению жизненных целей и социальному интересу, характерен для ... направления психотерапии:

- а) адлеровского;
- б) психоаналитического;
- в) поведенческого;
- г) гуманистического.

**261.** Профессиональная подготовка психотерапевта включает все нижеуказанное, за исключением:

- а) получение высшего медицинского или педагогического образования, с последующей специализацией;
- б) прохождение личной терапии;
- в) наличие научно-исследовательской работы в области психотерапии;
- г) период работы по супервизией.

**262.** Концепцию механизмов психологической защиты разработал:

- а) Фрейд;
- б) Юнг;
- в) Роджерс;
- г) Адлер.

**263.** Понятие «бихевиоризм» ввел в науку:

- а) Ватсон;
- б) Скиннер;
- в) Толмен;
- г) Выготский.

**264.** Термин «катарсис» ввел:

- а) Фрейд;

- б) Юнг;
- в) Аристотель;
- г) Брейер.

**265.** Метод «систематической десенсибилизации» Вольпе является методом:

- а) нейролингвистического программирования;
- б) поведенческой психотерапии;
- в) психосинтеза;
- г) суггестивной терапии.

**266.** Основателем рационально-эмотивной терапии является:

- а) Бек;
- б) Адлер;
- в) Эллис;
- г) Вольпе.

**267.** К суггестивным психотерапевтическим воздействиям относят:

- а) арттерапия;
- б) гештальттерапия;
- в) гипнотерапия;
- г) когнитивная терапия.

**268.** В появлении современной арттерапии существенное значение имели следующие теоретические ее основы, кроме:

- а) аналитической психологии Юнга;
- б) теории научения;
- в) динамической теории терапевтической помощи графическим самовыражением (Наумберг);
- г) психоаналитических воззрений Фрейда.

**269.** Основные цели арттерапии – все указанные, кроме:

- а) активизация общения пациента с психотерапевтом;
- б) более точное выражение своих переживаний, проблем;
- в) развитие у больного творческих способностей;
- г) высвобождение скрытого потенциала самореализации пациента.

**270.** В появлении современной арттерапии существенное значение имели следующие теоретические ее основы, кроме:

- а) аналитическая психология Юнга;
- б) теория научения;
- в) динамическая теория терапевтической помощи графическим самовыражением (Наумберг);
- г) психоаналитические воззрения Фрейда.

**271.** Различные способы вербального и невербального эмоционально окрашенного воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям, называются:

- а) гипноз;

- б) внушение;
- в) убеждение;
- г) аутосуггестия.

**272.** Термин «гипноз» ввел в медицинскую практику:

- а) Льебо;
- б) Месмер;
- в) Брейд;
- г) Шарко.

**273.** В гипнозе выделяют три стадии, за исключением:

- а) сонливость;
- б) гипотоксия;
- в) транс;
- г) сомнамбулизм.

**274.** Нейродинамическую теорию гипноза предложил:

- а) Павлов;
- б) Фрейд;
- в) Бехтерев;
- г) Месмер.

**275.** Осложнениями при гипнозе являются все, за исключением:

- а) утрата раппорта во время сеанса;
- б) спонтанный сомнамбулизм;
- в) гипнотическая летаргия;
- г) амнезия.

**276.** Метод сознательного самовнушения, позволяющий подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благотворными, был предложен:

- а) Куэ;
- б) Джекобсоном;
- в) Шульцем;
- г) Месмером.

**277.** Самовнушение в состоянии релаксации или гипнотического транса – это:

- а) суггестия;
- б) аутогенная тренировка;
- в) медитация;
- г) сомнамбулизм.

**278.** Противопоказанием для гипносуггестии являются все, за исключением:

- а) шизофрения с бредом;
- б) дебильность;
- в) психосоматика;
- г) состояние интоксикации.

**279.** Создателем метода аутогенной тренировки был:

- а) Куэ;
- б) Джекобсон;
- в) Шульц;
- г) Месмер.

**280.** Способом наведения гипнотического транса по Эриксону является:

- а) метод императивного шокового воздействия;
- б) метод множественной диссоциации;
- в) фасцинация;
- г) фракционный метод.

**281.** Методика, при которой пациент сознательно регулирует свои физиологические функции, получая информацию об их состоянии, называется:

- а) аутогенная тренировка;
- б) систематическая десенсибилизация;
- в) биологическая обратная связь;
- г) психогимнастика.

**282.** Термин «опыт» имеет наибольшее значение для:

- а) гуманистической психотерапии;
- б) динамически-ориентированной психотерапии;
- в) психотерапии, основанной на теориях научения;
- г) психотерапии, основанной на когнитивных подходах.

**283.** Для оценки результатов психотерапии обычно используют все нижеперечисленные общие критерии, за исключением:

- а) социальная приспособленность;
- б) личностные особенности;
- в) субъективное мнение клиента;
- г) профессиональная приспособленность.

**284.** При фобиях наиболее предпочтительной будет являться:

- а) гештальттерапия;
- б) поведенческая терапия;
- в) разговорная терапия;
- г) логотерапия.

**285.** При характерологических нарушениях наибольшего эффекта можно достичь с помощью:

- а) поведенческой терапии;
- б) когнитивной терапии;
- в) разговорной терапии;
- г) гештальттерапии.

**286.** Динамический подход к психотерапии реализуется преимущественно:

- а) медицинскими средствами;

- б) техническими приемами;
- в) средствами вербализации.

**287.** Психотерапию, направленную преимущественно на смягчение или ликвидацию имеющейся симптоматики, определяют как:

- а) личностно-ориентированную;
- б) клинически-ориентированную;
- в) гуманистически-ориентированную;
- г) поведенчески-ориентированную.

**288.** Конкретизация формы помощи, ожидаемой клиентом от терапевта:

- а) запрос;
- б) проблема;
- в) самодиагноз;
- г) локус жалобы.

**289.** Собственное объяснение клиентом природы того или иного нарушения, основанное на его представлении о самом себе:

- а) запрос;
- б) проблема;
- в) самодиагноз;
- г) локус жалобы.

**290.** Если задача психотерапии заключается в создании условий, способствующих новому опыту, на основании которого пациент изменяет свою самооценку в положительном, внутренне приемлемом направлении, решает внутреннее противоречие в структуре Я, приобретает новые формы поведения, основанные на собственной системе ценностей, это:

- а) экзистенциальная терапия;
- б) гештальттерапия;
- в) логотерапия;
- г) клиентцентрированная психотерапия.

**291.** Стремление человека к реализации своего потенциала с целью стать полноценно функционирующей личностью Роджерс называл:

- а) конгруэнтностью;
- б) актуализацией;
- в) самоактуализацией;
- г) организмическим оценочным процессом.

**292.** Термин «творческая адаптация» разрабатывается в:

- а) гештальттерапии;
- б) клиентцентрированной психотерапии;
- в) логотерапии;
- г) поведенческой психотерапии.

**293.** Целостный подход к человеку как уникальной личности является фундаментальным положением:

- а) гуманистической психологии;

- б) психоанализа;
- в) бихевиоризма;
- г) когнитивной теории.

**294.** Техника «декатострофизация» относится к техникам:

- а) поведенческой терапии;
- б) патогенетической терапии;
- в) когнитивной терапии;
- г) логотерапии.

**295.** Если терапия направлена на изменение неадаптивных мыслей, которые лежат в основе психопатологических проявлений, то это:

- а) патогенетическая психотерапия;
- б) логотерапия;
- в) когнитивная психотерапия;
- г) рационально-эмотивная психотерапия.

**296.** Проблемный анализ является одной из основных процедур:

- а) когнитивной терапии;
- б) поведенческой терапии;
- в) рационально-эмотивной терапии;
- г) адлерианской психотерапии.

**297.** Стадии недирективного терапевтического процесса впервые были описаны:

- а) Адлером;
- б) Роджерсом;
- в) Франклом;
- г) Перлзом.

**298.** На основе «психологии отношений» В.Н. Мясищева были сформулированы основные положения:

- а) патогенетической психотерапии;
- б) недирективной психотерапии;
- в) разговорной психотерапии;
- г) рациональной психотерапии.

**299.** Понятие «идеализированное Я» (система гордости) было предложено:

- а) Адлером;
- б) Роджерсом;
- в) Хорни;
- г) Перлзом.

**300.** Эмпиризм сотрудничества является базовой стратегией:

- а) поведенческой терапии;
- б) рационально-эмотивной терапии;
- в) когнитивной терапии;
- г) гештальттерапии.



## КЛЮЧИ К ТЕСТАМ

- |        |        |         |
|--------|--------|---------|
| 1. б)  | 43. г) | 85. а)  |
| 2. б)  | 44. б) | 86. б)  |
| 3. в)  | 45. в) | 87. в)  |
| 4. а)  | 46. а) | 88. г)  |
| 5. в)  | 47. б) | 89. а)  |
| 6. б)  | 48. а) | 90. в)  |
| 7. а)  | 49. б) | 91. а)  |
| 8. г)  | 50. а) | 92. б)  |
| 9. в)  | 51. г) | 93. в)  |
| 10. в) | 52. г) | 94. в)  |
| 11. г) | 53. в) | 95. б)  |
| 12. б) | 54. в) | 96. б)  |
| 13. а) | 55. г) | 97. г)  |
| 14. б) | 56. б) | 98. в)  |
| 15. г) | 57. б) | 99. а)  |
| 16. в) | 58. б) | 100. в) |
| 17. г) | 59. а) | 101. а) |
| 18. в) | 60. в) | 102. а) |
| 19. в) | 61. а) | 103. в) |
| 20. г) | 62. в) | 104. г) |
| 21. г) | 63. г) | 105. а) |
| 22. в) | 64. а) | 106. б) |
| 23. в) | 65. в) | 107. в) |
| 24. б) | 66. г) | 108. б) |
| 25. а) | 67. г) | 109. б) |
| 26. в) | 68. в) | 110. в) |
| 27. б) | 69. в) | 111. б) |
| 28. в) | 70. а) | 112. в) |
| 29. г) | 71. б) | 113. б) |
| 30. а) | 72. в) | 114. в) |
| 31. г) | 73. б) | 115. а) |
| 32. г) | 74. в) | 116. г) |
| 33. в) | 75. г) | 117. г) |
| 34. б) | 76. б) | 118. б) |
| 35. в) | 77. в) | 119. г) |
| 36. б) | 78. г) | 120. в) |
| 37. в) | 79. в) | 121. б) |
| 38. г) | 80. а) | 122. г) |
| 39. в) | 81. г) | 123. г) |
| 40. а) | 82. б) | 124. б) |
| 41. а) | 83. б) | 125. в) |
| 42. в) | 84. в) | 126. б) |

127. В)  
128. а)  
129. б)  
130. а)  
131. В)  
132. б)  
133. б)  
134. В)  
135. б)  
136. В)  
137. б)  
138. а)  
139. б)  
140. Г)  
141. а)  
142. Г)  
143. а)  
144. б)  
145. а)  
146. В)  
147. б)  
148. Г)  
149. а)  
150. Г)  
151. В)  
152. б)  
153. В)  
154. а)  
155. а)  
156. В)  
157. В)  
158. б)  
159. б)  
160. Г)  
161. б)  
162. В)  
163. Г)  
164. б)  
165. В)  
166. б)  
167. Г)  
168. а)  
169. В)  
170. а)  
171. б)  
172. Г)  
173. В)  
174. б)  
175. б)  
176. В)  
177. Г)  
178. В)  
179. б)  
180. Г)  
181. В)  
182. Г)  
183. б)  
184. В)  
185. б)  
186. Г)  
187. а)  
188. б)  
189. б)  
190. В)  
191. Г)  
192. б)  
193. б)  
194. В)  
195. а)  
196. В)  
197. б)  
198. б)  
199. б)  
200. а)  
201. б)  
202. а)  
203. В)  
204. а)  
205. В)  
206. а)  
207. Г)  
208. б)  
209. а)  
210. В)  
211. б)  
212. а)  
213. б)  
214. В)  
215. В)  
216. а)  
217. В)  
218. а)  
219. В)  
220. Г)  
221. а)  
222. В)  
223. В)  
224. б)  
225. а)  
226. Г)  
227. б)  
228. б)  
229. б)  
230. б)  
231. В)  
232. а)  
233. Г)  
234. а)  
235. В)  
236. б)  
237. а)  
238. В)  
239. а)  
240. В)  
241. а)  
242. В)  
243. Г)  
244. б)  
245. Г)  
246. а)  
247. б)  
248. В)  
249. а)  
250. б)  
251. а)  
252. В)  
253. Г)  
254. а)  
255. В)

256. В)  
257. Б)  
258. В)  
259. Б)  
260. а)  
261. В)  
262. а)  
263. а)  
264. В)  
265. Б)  
266. В)  
267. В)  
268. Б)  
269. В)  
270. Б)

271. Б)  
272. В)  
273. В)  
274. а)  
275. Г)  
276. а)  
277. Б)  
278. В)  
279. В)  
280. Б)  
281. В)  
282. а)  
283. В)  
284. Б)  
285. Г)

286. В)  
287. Б)  
288. а)  
289. В)  
290. Г)  
291. В)  
292. а)  
293. а)  
294. В)  
295. В)  
296. Б)  
297. Б)  
298. а)  
299. В)  
300. В)

РЕПОЗИТОРИЙ БГУ

# ЛИТЕРАТУРА

## Основная литература

1. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия. Психологические модели : учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко; под общ. ред. Л.Ф. Бурлачука. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.
2. Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб.: Питер, 2002. – 542 с.
3. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов. – 5-е изд., испр. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 464 с.
4. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: руководство для врачей / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов. – 4-е изд., перераб. и доп. – Мн.: Вышэйшая школа, 1999. – 524 с.
5. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской. – 3-е изд., испр. и доп. – Мн.: Вышэйшая школа, 1998. – 480 с.
6. Копытин, А.И. Системная арттерапия / А.И. Копытин. – СПб.: Питер, 2001. – 216 с.
7. Копытин, А.И. Теория и практика арттерапии / А.И. Копытин. – СПб.: Питер, 2002. – 366 с.
8. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия: учеб. пособие для высш. школы / Р. Кочюнас. – М.: Академический Проект: ОППЛ, 2002. – 459 с.
9. Линде, Н.Д. Основы современной психотерапии: учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр. и спец. психологии / Н.Д. Линде. – М.: Академия, 2002. – 208 с.
10. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе: учеб. пособие по спец. «Психотерапия и мед. психология» / Н. Мак-Вильямс; пер. с англ. под ред. М.Н. Глущенко, М.В. Ромашкевича. – М.: Класс, 2004. – 476 с.
11. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии: пер. с англ. / Р. МакМаллин. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
12. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 782 с.
13. Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2004. – 781 с.
14. Методы современной психотерапии: учеб. пособие / сост.: Л.М. Кроль, Е.А. Пуртова. – М.: Класс, 2001. – 480 с.
15. Паттерсон, С. Теории психотерапии / С. Паттерсон, Э. Уоткинс. – 5-е изд. – СПб.: Питер, 2003. – 543 с.
16. Перлз, Ф. Гештальтсеминары: гештальттерапия дословно / Ф. Перлз; пер. с англ. В. Кислюк, Н. Майсурадзе. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 1998. – 325 с.
17. Перлз, Ф. Теория гештальттерапии / Ф. Перлз. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2001. – 384 с.
18. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 1999. – 752 с.

19. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского; Российская психотерапевтическая ассоциация. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб.: Питер, 2002. – 1019 с.
20. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
21. Психотерапия: учебник для мед. вузов / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.
22. Роджерс, К. Клиентцентрированная психотерапия. Теория, современная практика и применение / К. Роджерс; пер. с англ. Т. Рожковой [и др.]; под ред. С. Римского. – М.: Психотерапия, 2007. – 560 с.
23. Роджерс, К. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы / К. Роджерс; пер. с англ. Р. Кучкаровой. – М.: Психотерапия, 2006. – 508 с.
24. Роджерс, К. Клиентоцентрированная терапия: пер. с англ. / К. Роджерс; Э. Дорфман, Н. Хоббс, Т. Гордон. – М.: Киев: Рефл-бук; Ваклер, 1997. – 320 с.
25. Роджерс, К.Р. Становление личности: взгляд на психотерапию / К.Р. Роджерс; пер. с англ. М. Злотник. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с.
26. Сандлер, Д. Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса: пер. с англ. / Д. Сандлер, К. Дэр, А. Холдер; общ. ред. В.В. Зеленский. – Воронеж: Модэк, 1993. – 176 с.
27. Свободное тело: хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / ред.-сост. В.Ю. Баскаков. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2001. – 224 с.
28. Сидоренко, Е.В. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2000. – 352 с.
29. Соколова Е.Т. Психотерапия. Теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по напр. и спец. «Психология» / Е.Т. Соколова; МГУ им. М.В. Ломоносова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Московского университета: Академия, 2006. – 368 с.
30. Соколова, Е.Т. Психотерапия: теория и практика: учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр. и спец. «Психология» / Е.Т. Соколова. – М.: Академия, 2002. – 368 с.
31. Таланов, В.Л. Справочник практического психолога / В.Л. Таланов, И.Г. Малкина-Пых. – СПб.; М.: Сова: ЭКСМО, 2004. – 923 с.
32. Техники консультирования и психотерапии: тексты: пер. с англ. / ред. и сост. У.С. Сахакиан. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 624 с.
33. Федоров, А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А.П. Федоров. – СПб.: Питер, 2002. – 334 с.
34. Франкл, В.Е. Теория и терапия неврозов: введение в логотерапию и экзистенциальный анализ / В.Е. Франкл. – СПб.: Речь, 2001. – 234 с.
35. Фромм, Э. Душа человека: пер. с нем. и англ. / Э. Фромм; общ. ред., сост. и предисл. П.С. Гуревича. – М.: Республика, 1992. – 430 с.
36. Хорни, К. Самоанализ / К. Хорни; пер. с фр. А. Боковинова. – М.: Академический Проект, 2006. – 207 с.
37. Хорни, К. Наши внутренние конфликты / К. Хорни; пер. с англ. В. Старовойтов [и др.]. – М.: Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 560 с.
38. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни; пер. с англ. А.М. Боковинов. – 2-е изд. – М.: Академический Проект, 2008. – 207 с.
39. Хорни, К. Самоанализ / К. Хорни пер. с англ. под ред. А. Боковинова. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 448 с.

40. Шур, О.М. Телесно-ориентированная терапия. Психология тела: метод. пособие / О.М. Шур; ВГУ им. П.М. Машерова. – Витебск: Изд-во ВГУ, 2001. – 34 с.
41. Эллис, А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса / А. Эллис; пер. с англ. Л. Царук. – СПб.: Питер, 1999. – 224 с.

### **Дополнительная литература**

42. Абдурахманов, Р.А. Введение в общую психологию и психотерапию: учеб.-метод. пособие / Р.А. Абдурахманов; Московский психолого-соц. ин-т. РАО. – 2-е изд., стер. – М.; Воронеж: МПСИ; МОДЭК, 2003. – 301 с.
43. Абрамова, Г.С. Введение в практическую психологию / Г.С. Абрамова; Брестский гос. пед. ин-т им. А.С. Пушкина. – Брест: Брестский гос. пед. ин-т, 1993. – 143 с.
44. Абрамова, Г.С. Введение в практическую психологию / Г.С. Абрамова. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 264 с.
45. Абрамова, Г.С. Введение в практическую психологию / Г.С. Абрамова. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 264 с.
46. Абрамова, Г.С. Психологическое консультирование: теория и опыт: учеб. пособие для студ. пед. вузов / Г.С. Абрамова. – М.: Академия, 2000–2001. – 240 с.
47. Ассаджиоли, Р. Психосинтез: принципы и техники / Р. Ассаджиоли; пер. с англ. Е. Перова. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 416 с.
48. Булюбаш, И.Д. Основы супервизии в гештальттерапии / И.Д. Булюбаш. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. – 221 с.
49. Драматерапия: клинические исследования / К. Апполинари [и др.]; ред. С. Митчелл; пер. с англ. А. Науменко. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.
50. Захаров, А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия: монография / А.И. Захаров. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 448 с.
51. Игумнов, С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: справ. пособие / С.А. Игумнов; ред. В.Т. Кондрашенко. – Мн.: Беларуская навука, 1999. – 189 с.
52. Калшед, Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа: пер. с англ. / Д. Калшед. – М.; Екатеринбург: Академический Проект; Деловая книга, 2001. – 368 с.
53. Кернберг, О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / О.Ф. Кернберг; пер. с англ. М.И. Завалова; ред. М.Н. Тимофеева. – М.: Класс, 2001. – 464 с.
54. Козлов, В.В. Работа с кризисной личностью: методическое пособие / В.В. Козлов. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. – 301 с.
55. Курпатов А.В. Психосоматика. Психотерапевтический подход: монография / А.В. Курпатов, Г.Г. Аверьянов; в соавторстве с Г.Г. Аверьяновым. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 478 с.
56. Куттер, П. Современный психоанализ: введение в психологию бессознательных процессов: учеб. пособие для дополнительного образования / П. Куттер; Информ. центр психоаналитической культуры Санкт-Петербурга; пер. с нем. С.С. Панков; общ. ред. В.В. Зеленский. – СПб.: Б.С.К., 1997. – 348 с.
57. Лазарус, А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / А. Лазарус; пер. с англ. яз. Г. Самигулина. – СПб.: Речь, 2001. – 255 с.
58. Лейбин, В.М. Словарь-справочник по психоанализу / В.М. Лейбин. – СПб.: Питер, 2001. – 688 с.

59. Мэй, Р. Открытие бытия. Очерки экзистенциальной психологии / Р. Мэй; пер. с англ. А. Багрянцева. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2004. – 201 с.
60. Назлоян, Г.М. Портретный метод в психотерапии / Г.М. Назлоян. – М.: ПЕР СЭ, 2001. – 144 с.
61. Нельсон-Джоунс, Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс; пер. с англ. Е. Волков. – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.
62. Перлз, Ф. Внутри и вне помойного ведра: Радость. Печаль. Хаос. Мудрость: пер. с англ. / Ф. Перлз. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 220 с.
63. Перлз, Ф. Гештальтсеминары: гештальттерапия дословно / Ф. Перлз; пер. с англ. В. Кислюк, Н. Майсурадзе. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 1998. – 325 с.
64. Психоаналитическая патопсихология: теория и клиника: учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр. и спец. «Психология», «Клиническая психология» / под ред. Ж. Бержере; при соуч. А. Бекаш, Ж.Ж. Буланже, П. Дюбор и др.; пер. с фр. А.Ш. Тхостова. – М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2001. – 400 с.
65. Психоаналитическая психодрама в работе с детьми и подростками / под общ. ред. В.А. Потаповой; ред.-сост. И.В. Сизикова. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2004. – 152 с.
66. Психологическое консультирование: хрестоматия / сост.: Е.Н. Колодич, А.А. Жданович. – Мн.: Бестпринт, 2003. – 483 с.
67. Психотерапия женщин / под ред. М. Лоуренс, М. Магуир; пер. с англ. А. Копытин. – СПб.: Питер, 2003. – 205 с.
68. Романин, А.Н. Основы психотерапии: учебник для студ. вузов, обучающихся по гуманитарным спец. / А.Н. Романин. – М.: КНОРУС, 2006. – 527 с.
69. Сандомирский, М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство / М.Е. Сандомирский. – М.: Класс, 2007. – 589 с.
70. Свирепо, О.А. Образ, символ, метафора в современной психотерапии / О.А. Свирепо. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2004. – 269 с.
71. Справочник практического психолога. Психотерапия / сост. С.Л. Соловьева. – М.: АСТ, 2007; СПб.: Сова, 2007. – 575 с.
72. Старшенбаум, Г.В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 490 с.
73. Старшенбаум, Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия / Г.В. Старшенбаум. – М.: Высшая школа психологии, 2003. – 366 с.
74. Фрейджер, Р. Психоаналитические теории личности. Зигмунд Фрейд и постфрейдисты / Р. Фрейджер, Д. Фейдимен. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 155 с.
75. Хорни, К. Новые пути в психоанализе / К. Хорни; пер. с англ. А. Боковинова. – М.: Академический Проект, 2007. – 239 с.
76. Шоттенлоэр, Г. Рисунок и образ в гештальттерапии: психотерапевт. методики работы с рисунком, лепкой, направленным воображением, танцем и медитацией / Г. Шоттенлоэр. – СПб.; М.: Изд-во Пирожкова; Ин-т общегуманитарных исследований, 2002. – 256 с.

Учебное издание

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

Учебно-методический комплекс

Технический редактор	<i>А.И. Матеюн</i>
Корректор	<i>С.А. Гаврилова</i>
Компьютерный дизайн	<i>Г.В. Разбоева</i>

Подписано в печать

2010. Формат 60x84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Ризография.

Усл. печ. л. 7,44. Уч.-изд. л. 6,21. Тираж      экз. Заказ      .

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования

«Витебский государственный университет им. П.М. Машерова».

ЛИ № 02330 / 0494385 от 16.03.2009.

Отпечатано на ризографе учреждения образования

«Витебский государственный университет им. П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.